REVISTA DE PSICOPATOLOGIA, PSICOLOGIA MEDICA Y PSICOTERAPIA

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Psiquiátrico
"Víctor Larco Herrera"

DIRECTORES

Honorio Delgado — J. O. Trelles

Jefes de Redacción

Segisfredo Luza — Grover Mori

Redactores

Daniel Jiménez Bruno, Emilio Majluf, Niza Chiok de Majluf, Javier Mariátegui, Mariano Querol, Humberto Rotondo, Alfredo Saavedra, Víctor Saavedra.

PUBLICACION CUATRIMESTRAL

Tomo II Nº 2-3 Diciembre, 1963

Dirección: Casilla 4721 - Lima, Perú

Normas para los Colaboradores

1. Los trabajos originales deben ser remitidos a la dirección de la Revista, Casilla 4721, Lima, Perú.

2. Todos los trabajos no deben ser mayores de 20 páginas si llevan casuística y no mayores a 10 páginas si no la llevan. Los trabajos deben estar escritos a máquina, a doble espacio y por solo lado.

3. Los autores deben agregar al final del trabajo un resumen lo más escueto posible.

4. La biblografía debe ser escrita de acuerdo a las pautas internacionales del siguiente modo: nombre y apellido del auto, título del trabajo sin traducir, nombre de la revista donde se ha publicado, número del tomo, número del ejemplar, páginas que ocupa en la revista, año de la publicación. Así por ejemplo:

ERWIN STRAUS: "Uber Gedachtnisspuren" (Acerca de las huellas de la memoria), *Nervenarzt,* 31:1-12, 1960.

En el caso de los libros:

J. LOPEZ IBOR: La angustia vital, Edit. Paz Montalvo, Madrid, 1950.

5. El autor debe comunicar la Institución en que fue realizado el trabajo, o, si fue preparado en forma individual indicará su grado o título profesional.

Economía de la *REVISTA DE PSICOPATOLOGIA, PSICOLOGIA Y PSICOTERAPIA*

Precio del número en el país	S/.	40.00
Precio del número para el extranjero	US $	1.50
Precio del número para estudiantes de media	„	30.00
Suscripción anual en el país	„	110.00
Suscripción anual en el país para estudiantes	„	80.00
Suscripción anual para el extranjero	„	4.00

Economía de la *REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA*

Suscripción anual en el país	S/.	160.00
Suscripción para estudiantes de medicina	„	100.00
Suscripción anual en el extranjero	US $	6.00
Precio del número en el país	„	40.00
Precio para estudiantes de medicina	„	25.00

Economía de la *REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA* y su suplemento *REVISTA DE PSICOPATOLOGIA, PSICOLOGIA MEDICA Y PSICOTERAPIA*

Suscripción anual en el país	S/.	250.00
Suscripción anual en el país para estudiantes	„	150.00
Precio del número para el extranjero	US $	3.50
Suscripción anual para el extranjero	„	9.50

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REPOSAL

LUSA

EL FARMACO PSICOTROPO DE ELECCION EN
LOS ESTADOS DE TENSION Y ANSIEDAD.
UN CAMINO A LA EUTIMIA.

FORMULA:

7-cloro-2-metilamino-5-fenil-3h-1 4-benzodiazepina-4-óxido (Clordiazepóxid)		10 mg.
Excipiente	c.s.p.	1 gragea

PRESENTACION:

Frasco conteniendo 20 grageas

LABORATORIOS UNIDOS S. A.

Bolívar 561 - Pueblo Libre

Lima-Perú

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

"NARDIL"

(Sulfato Dihidrogenado de Fenelzina)

Un nuevo avance en el tratamiento de la depresión y un seguro eficaz inhibidor de la monoamino óxidasa

NARDIL. Es un antidepresivo energizante psíquico que estimula y activa al paciente. Es de acción rápida, sus resultados se observan dentro de la primera semana y con frecuencia, en los primeros días.

NARDIL. Ha demostrado ser el menos tóxico de los inhibidores de la MAO.

NARDIL. No solo hace desaparecer los síntomas sino que elimina la depresión. Indicado en todos los procesos depresivos, depresiones leves o intensas. Elimina la depresión endógena, exogena, involutiva, post-partum, sintomática inducida por drogas.

NARDIL. Es inocuo, no se reportan efectos tóxicos en hígado o sangre, sin embargo en pacientes con una historia de enfermedad hepática o evidencia de lesión hepática la droga debe usarse con mucho cuidado. También los pacientes hipotensos deberán ser vigilados minuciosamente. Es bien tolerado. No interfiere con el apetito o el sueño.

POSOLOGIA:

TRATAMIENTO. Una gragea de 15 mg. 3 veces al día preferentemente, después de los alimentos. La mejoría es habitualmente evidente en una semana y los efectos máximos se presentan en dos o cinco semanas.

MANTENIMIENTO. Después de haber alcanzado los efectos máximos la dosis debe reducirse lentamente durante semanas hasta llegar a 15 mg. una vez al día.

PRESENTACION. Frascos de 50 grageas de 15 mg. de color naranja.

MUESTRAS Y LITERATURAS.— A solicitud.

LABORATORIOS PROMACO S. A.

Av. Roosevelt (Ex-Panamericana) 6153

Telf. 58—632

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DESDE 1889

EL

BANCO DE CREDITO DEL PERU

COOPERA AL PROGRESO ECONOMICO DEL PAIS

CAPITAL Y RESERVAS S/. 281'879,823.42

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nuevo

Yomesán extermina las tenias sin provocar manifestaciones secundarias, ya que el intestino no absorbe el Yomesán.

La cura con Yomesán es breve y sencilla:
2 x 2 comprimidos de Yomesán antes del desayuno sin administración de purgantes.
Presentación del Yomesán:
4 compr. para un tratamiento.
Composición:
0,5 g de (2'-cloro-4'-nitrofenil)-5-clorosalicilamida + 0,5 mg de benzosulfimida sódica

Yomesan®

Tenicida

BAYER

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Cuando urge producir sedación se usa el

Nembutal

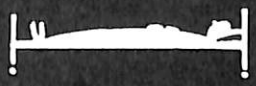
MARCA REGISTRADA

(Pentobarbital, Abbott)

porque en dosis iguales, por vía oral,

ningún otro barbitúrico combina...

un efecto más rápido ...

más profundo  ...

y más breve ...

Disponible en cápsulas de 0,10 gm., en frascos de 10, 25, 100 y 1000 cápsulas.

ABBOT LABORATORIES DEL PERU S. A.
AV. BRASIL 2726 — TELF.: 49805

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

APACIL

"SANITAS"

Sedante y Tranquilizador

Tubo con 10 Tabletas

de 400 mg. de Meprobamato

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE PSICOPATOLOGIA, PSICOLOGIA MEDICA Y PSICOTERAPIA

SUPLEMENTO DE LA REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

LIMA, PERU | DICIEMBRE 1963 | T. II, Nº 2-3

SUMARIO

SEGISFREDO LUZA y MAÍTA GARCÍA TROVATO: Evolución de la sintomatología depresiva en el tratamiento con 5-hidroxitriptofano y fosfato de piridoxal. 63
ALFREDO SAAVEDRA: Desórdenes psicofisiológicos con las drogas psicotrópicas 77
JOSÉ SÁNCHEZ GARCÍA: Utilidad de la prueba de Rorschach para determinar síndrome tumoral intracraneano 95

CONTENTS

SEGISFREDO LUZA y MAÍTA GARCÍA TROVATO: The evolution of the depresive symptomatology in the treatment with 5-hydroxitriptophane and piridoxalphosphate 63
ALFREDO SAAVEDRA: Psychophisiological disorders with the psychotropic drugs 77
JOSÉ SÁNCHEZ GARCÍA: Utility of the Rorschachs test for determining intracraneal tumoral syndrom 95

SOMMAIRE

SEGISFREDO LUZA y MAÍTA GARCÍA TROVATO: Evolution de la symptomatologie depressive dans le traitement avec 5-hydroxitriptophane et phosphate de piridoxal 63
ALFREDO SAAVEDRA: Troubles psychophysiologiques avec les drogues psychotropiques 77
JOSÉ SÁNCHEZ GARCÍA: L'utilité du test de Rorschach pour determiner syndrome tumoral intracranien 95

INHALTVERZEICHNIS

SEGISFREDO LUZA y MAÍTA GARCÍA TROVATO: Die Entwicklung der depressiven Symptomen in der Behandlung mit 5-hydroxitriptophane und Piridoxalphosphate 63
ALFREDO SAAVEDRA: Psychophysiologischen Storungen mit den psychotropischen Drogen 77
JOSÉ SÁNCHEZ GARCÍA: Der Gebrauch des test von Rorschach um die tumorale intracranielle Syndrome zu bestimmen 95
Noticia de Libros 106
Revista de Revistas 108

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE PSICOPATOLOGIA, PSICOLOGIA MEDICA Y PSICOTERAPIA

LIMA, PERU DICIEMBRE, 1963 T. II, Nº 2-3

EVOLUCION DE LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN EL TRATAMIENTO CON 5-HIDROXITRIPTOFANO Y FOSFATO DE PIRIDOXAL

Por *SEGISFREDO LUZA** y *MAITA GARCIA TROVATO***

Cuando ZELLER y colaboradores comunicaron en 1952 que la Iproniacida y la Isoniacida inhiben ciertos fermentos, comenzó el período fructífero de intercambio entre la bioquímica y la farmacología psiquiátrica.

Desde entonces, 38 substancias distintas han sido ensayadas en la última década en el tratamiento de las depresiones, teniendo muchas de ellas propiedades farmacológicas opuestas entre sí.

Sin embargo, de esta serie heterogénea, dos substancias llamaron la atención por sus propiedades antidepresivas: la Iproniacida y la Imipramina. Y a raíz de haberse conocido sus características farmacológicas, se ha iniciado la búsqueda del origen de los estados depresivos.

Es evidente, pues, que la aplicación clínica de los fármacos antidepresivos ha sido previa a la investigación de fondo, lo cual, como es de suponer, es la causa de que actualmente, la farmacología clínica y experimental ofrezca un cuadro desconcertante, con el consiguiente peligro de practicar una farmacoterapia psiquiátrica sin la correspondiente base teórica.

En efecto, aún se echa de menos, investigaciones destinadas a aclarar el mecanismo de encadenamiento entre los fenómenos bio-

* Profesor Auxiliar; ** Jefe de Clínica.
Universidad Peruana de Ciencias Médicas y Biológicas, Cátedra de Psiquiatría

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

químicos, biofísicos y psíquicos, y señalar, de este modo, la historia natural de las depresiones, que sirva de base lógica al tratamiento farmacológico.

Prueba de ello es que, de acuerdo a los experimentos realizados en animales, con Iproniacida, Imipramina y Amitryptilina, ningún farmacólogo hubiera podido aconsejar su empleo en el tratamiento de las depresiones, de no haber sido por la colaboración clínica del psiquiatra.

De otro lado, numerosos investigadores dedicados al estudio de la bioquímica del sistema nervioso, han investigado aquel mecanismo biológico que explique el modo de actuar de los fármacos tan heterogéneos entre sí. Por lo pronto, han demostrado la existencia de substancias químicas que actúan como mediadores en la transmisión del impulso nervioso y que son modificadas por los fármacos antidepresivos. Estas substancias son la serotonina y las catecolaminas (dopamina, noradrenalina) y el ácido gamma amino butírico, etc.

En la presente investigación clínica farmacológica, hemos partido de la importancia que tiene la serotonina en la presentación de los síntomas depresivos, lo cual es obvio si se tiene en cuenta a los fármacos llamados inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) cuya peculiaridad es aumentar la tasa de serotonina en las formaciones cerebrales. En segundo lugar, hemos tenido en consideración que todavía se desconoce, si la acción antidepresiva de los medicamentos se debe a una inhibición de la MAO o a la acumulación de aminas biógenas en el cerebro; del mismo modo que también interesa definir la significación bioquímica de esta substancia en relación con el estado fisiológico de las estructuras anatómicas que la contienen y con la evolución sintomatológica de los estados depresivos.

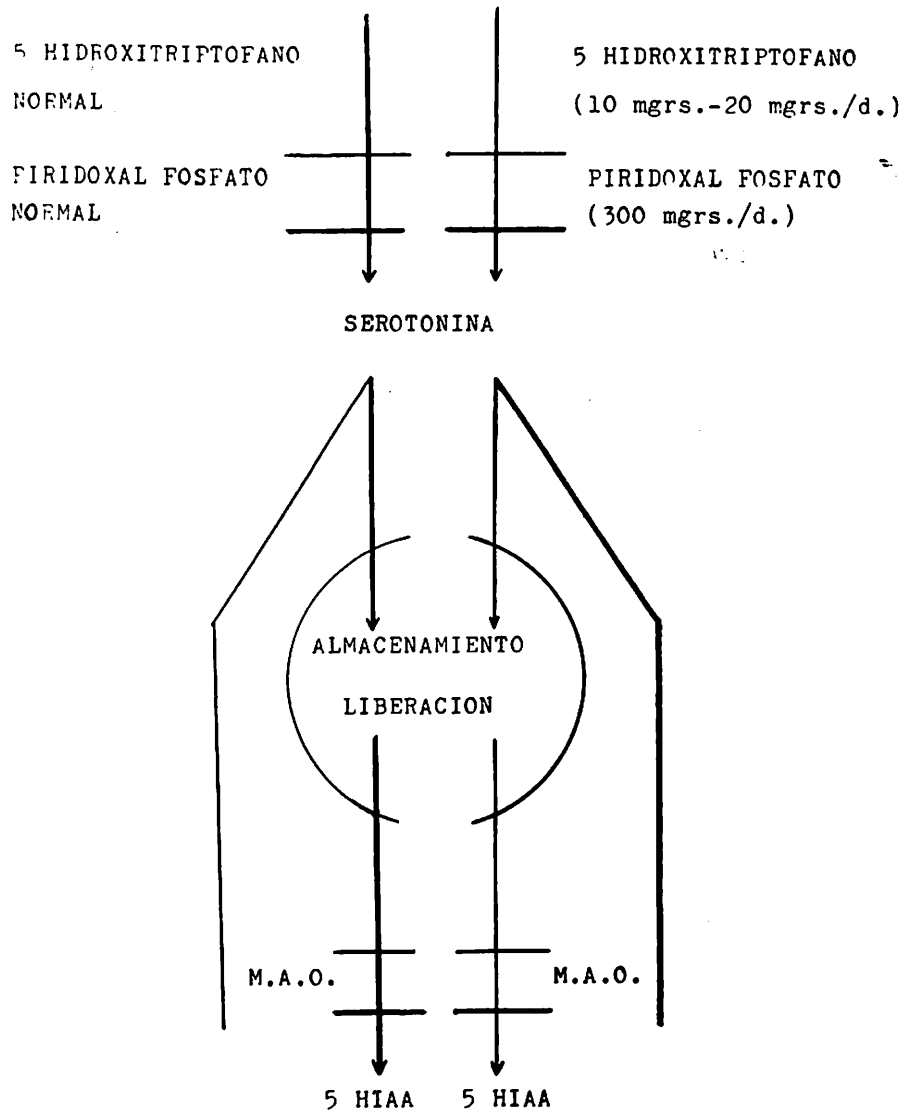
MATERIAL Y METODO

En primer lugar se estudió la psicopatología de 12 pacientes agrupados del siguiente modo: 4 pacientes con depresión endógena, 5 con depresión endorreactiva o neurótica y 3 con depresión psicógena o reactiva.

En segundo lugar, a fin de investigar la acción de la serotonina sobre la sintomatología antes dicha, en lugar de administrar fármacos inhibidores de la monoamino oxidasa, se procedió a la formación

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

natural de serotonina mediante la administración por vía parenteral de 10 mgs. diarios del precursor 5 hidroxitriptofano (Fig. 1).



METABOLISMO DE LA SEROTONINA

Fig. 1

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Sin embargo, este propósito inicial varió posteriormente, a causa de uno de los pacientes depresivos a quien se administró 30 mgs. de 5-HTP y el cual no presentaba signos de conversión de 5-HTP en serotonina, demostrables por la acción parasimpática de esta última. En efecto, la observación clínica prolija demostró signos carenciales de vitamina B6, coenzima fundamental para el mecanismo de transformación de los aminoácidos en aminas cerebrales. Esto nos condujo a administrar en todos los pacientes, 300 mgs. de fosfato de piridoxal, además de los 10 mgs. diarios de 5-HTP.

Además se han efectuado dosajes del ácido 5-hidroxindolacético en orina, a fin de medir el grado de transformación del 5-HTP en serotonina. Los dosajes se realizaron en orina de 24 horas, antes y después de la administración de 5-HTP y de fosfato de piridoxal.

RESULTADOS

Los resultados son halagadores. En efecto, tal como lo demuestra los cuadros 2, 3, 4, y 5, el 5-HTP y el fosfato de piridoxal modi-

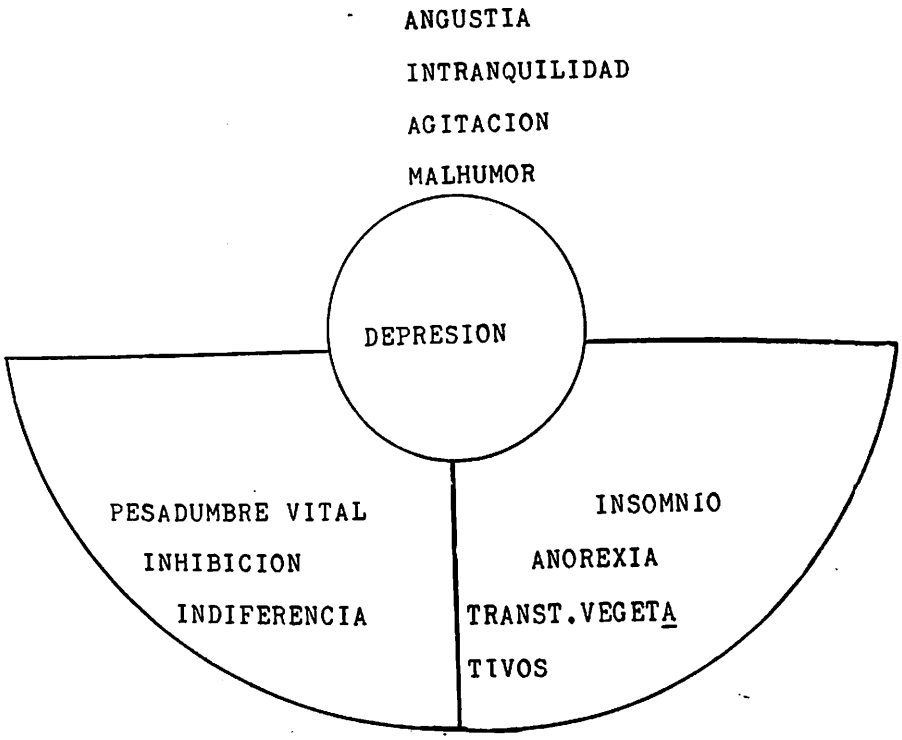


Fig. 2 5-HTP + DECARBOXILASA (B6)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

	SINTOMATOLOGIA	1 DIA	3 DIAS	7 DIAS
DEPRESIONES ENDOGENAS	PESADUMBRE		+	++
	INHIBICION		+	++
	INDIFERENCIA		+	++
	APATIA	+	+	++
	AGITACION	o	oo	ooo
	ANGUSTIA	o	oo	ooo
	IDEAS DE CULPA			+
	IDEAS HIPOCOND.			+
	INSOMNIO	+	++	+++
	ANOREXIA		++	+++
	FRIO		++	+++
	CEFALEA	+	++	+++
	DIARREAS	o	oo	ooo
	ESTREÑIMIENTO	+	++	+++
	CALAMBRES	+	++	+++
	LENGUA SECA		++	+++

5- HTP -DECARBOXILASA (B6)

+ ... tiene acción

o ... no tiene acción

Fig. 3

dicaron la sintomatología de los distintos enfermos depresivos, lo cual prueba que ambas substancias están comprometidas en los procesos depresivos. A continuación relatamos la observación clínica respecto del orden y frecuencia como mejoraron los diversos síntomas.

Síntomas neurovegetativos o inespecíficos

Los síntomas llamados inespecíficos o neurovegetativos fueron los primeros en mejorar. En efecto, el sueño, la anorexia, los tras-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

	SINTOMATOLOGIA	1 DIA	3 DIAS	7 DIAS
	MALHUMOR			+
	TRISTEZA	+	++	+++
	INDIFERENCIA	+	++	+++
	QUEJAS HIPOCOND.	o	oo	+
DEPRESIONES	INSOMNIO	+	++	+++
ENDOREACTIVAS	ANOREXIA		+	++
	TRANST.DIGESTIVOS	o+	o+	o+
	CEFALEA	+	++	+++
	ADELGAZAMIENTO		+	++
	OPRESION PRECORD.			

5-HTP - DECARBOXILASA (B6)

+... tiene acción

o... no tiene acción

Fig. 4

tornos gastrointestinales, las cefaleas y calambres, disminuyeron de intensidad y frecuencia a partir de las primeras dosis.

Esta mejoría demuestra que ambas substancias participan en la conservación de la normalidad neurovegetativa y que, en las depresiones, se presentan de manera casi constante trastornos de esta índole. Ya numerosos estudios experimentales han demostrado entre los síntomas más frecuentes de las psicosis fásicas, disrregulaciones vegetativas. Es probable, pues, que los trastornos neurovegetativos sean ocasionados por un dismetabolismo enzimático, y nosotros suponemos, a la luz de nuestra experiencia, que dicha alteración estaría en relación con la acción que ejerce la serotonina y el fosfato de piridoxal en los centros nerviosos.

En lo que respecta al *sueño*, clínicamente está demostrado que en las psicosis maníaco-depresivas, su alteración es casi patognomónica. Así WINZENREID, en 907 psicosis fásicas, encontró que el 92% presentaba trastornos del sueño. En 500 depresivos, SCHULTE demostró que hasta en el 99.9% ocurría lo mismo. Según PLOOG, en

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

	SINTOMATOLOGIA	1 DIA	3 DIAS
DEPRESIONES REACTIVAS	TRISTEZA	+	++
	ABATIMIENTO	+	++
	ANSIEDAD	+	++
	CAVILACIONES PENOSAS		+
	INSOMNIO	+	++
	ANOREXIA		+
	TRANST.DIGESTIVOS		+
	CEFALEA	+	++
	ADELGAZAMIENTO		+
	OPRESION PRECORDIAL	+	++

5-HTP - DECARBOXILASA (B6)

+ ... tiene acción

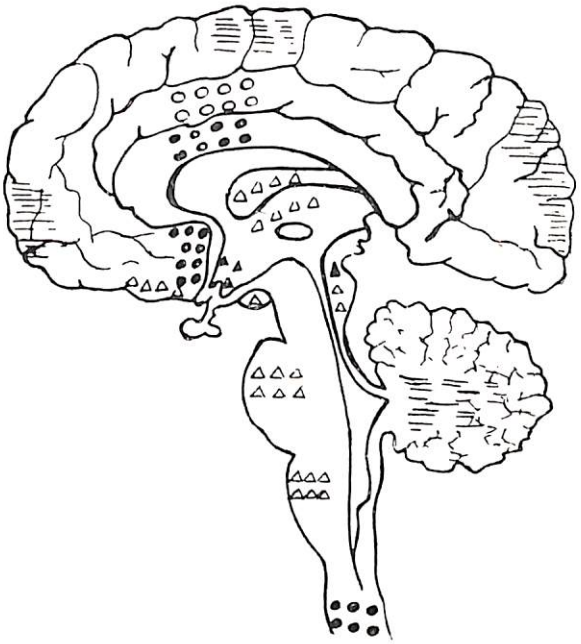
● ... no tiene acción

Fig. 5

los escasos pacientes que no se quejan del sueño, se manifiestan alteraciones cualitativas a través de un interrogatorio prolijo.

Las causas bioquímicas y neurofisiológica dependerían de dos hechos: según los trabajos de VOGT y COSTA la serotonina y la noradrenalina se acumulan de preferencia en el diencéfalo y en el mesencéfalo (Fig. 6), es decir en las regiones donde se integran las funciones vegetativas. Asimismo, GADDUM ha demostrado que el contenido de decarboxilasa es paralelo al de serotonina. Y que son precisamente en tales regiones donde se originan los trastornos del sueño. En efecto, las vías de asociación que existen entre el sistema regulador vegetativo y la corteza cerebral proporcionan el sustrato anatómico. Por ello, el insomnio psicótico no puede ser aliviado con hipnóticos sino obteniendo una influencia beneficiosa en la formación reticular mesencefálica, mediante un reacondicionamiento vegetativo enérgico (por ejemplo con la insulina y el E.C.C.). En el presente trabajo demostramos la posibilidad de obtener dicha regulación con el fosfato de piridoxal y el 5-HTP.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



DISTRIBUCION DE LA SEROTONINA Y DE LA DE-CARBOXILASA EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

≡≡≡	0.01 - 0.05 γ/gr.
○○○○	0.05 - 0.1 γ/gr.
●●●●	0.1 - 0.3 γ/gr.
△△△△	0.3 - 0.6 γ/gr.
▲▲▲▲	más de 0.6 γ/gr.

Fig. 6

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En lo que respecta a las depresiones reactivas, GRÜTER también ha demostrado que las experiencias y cavilaciones penosas alteran el sueño mediante el siguiente mecanismo: dichos conflictos no disminuyen la actividad de la corteza cerebral que a su vez estimula la función excitocentral de la formación reticular mesencefálica dentro del círculo regulador. Dicha disrregulación de origen psicógeno, es la causa del insomnio. La vía patogénica es distinta, pero el tramo final siempre es el mismo: activación de la corteza cerebral.

Otro tanto ocurre con los desórdenes intestinales; es sabido que la serotonina interviene en el peristaltismo intestinal, pues el exceso de serotonina como ocurre en los tumores carcinoides se caracteriza por diarreas. Igualmente, es sintomático como ha demostrado PLESTCHER que la irritación del intestino delgado y del estómago aumenta el contenido de serotonina intestinal. Y la B6, por otro lado, tiene relación directa con la existencia de los gérmenes anaerobios del aparato digestivo.

De lo expuesto se deduce, que muchos de los síntomas neurovegetativos de los psicosis fásicas, y en este caso, las depresiones, se relacionan con alteraciones del equilibrio de la piridoxina y las aminas biógenas.

Síntomas principales o esenciales

Tal como se verifica en los cuadros, también los síntomas principales mejoraron. En efecto, la depresión vital, la perversión del instinto de conservación, la inhibición y la pesadumbre disminuyeron al cabo de 7 días por término medio. En tanto que las perturbaciones del pensamiento, en especial, las ideas hipocondríacas, las ideas de suicidio, las ideas delusivas en general demoraron más. Ello, probablemente a causa del estado de ánimo, pues, dichas elaboraciones intelectuales dependen en gran parte de él.

En cuanto a la ansiedad, agitación, angustia y el malhumor, presentes en las depresiones endorreactivas y en las psicógenas, el 5-HTP y el fosfato de piridoxal no los mejoraron, al contrario en varios casos, aumentaron, habiendo sido menester añadir tranquilizantes, y practicar psicoterapia.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Dosaje del ácido 5-hidroxi-indolacético

En cuanto al dosaje de 5-HIAA encontramos cifras semejantes a las señaladas por TISSOT, esto es, disminución en las depresiones ansiosas (4,2 mgs/24 horas); aumento en los casos de depresión endógena melancólica (6,5 mgs/24 horas) y normal en los casos de depresión psicógena (4,8 mgs/24 horas). Después de la administración del 5-HTP y del 5-fosfato de piridoxal, las cifras mejoraron sin guardar proporción con la ingestión, es decir que a pesar de la cantidad uniforme de substancia que se aplicó en todos los casos, en las depresiones ansiosas, el 5-HIAA aumentó, en tanto que disminuyó en las depresiones inhibidas.

COMENTARIO

Ya, SULLIVAN, GADDUM y GIARMAN, han demostrado la posibilidad de mejorar los niveles de serotonina mediante la administración de triptofano, del mismo que, últimamente, NATHAN KLINE y WILLIAM SACKS han tratado con éxito 50 pacientes depresivos a quienes se les administró de 10 a 50 mgs. de 5-HTP endovenoso y fármacos inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) y los cuales mejoraron en 24 horas. Sin embargo estos últimos autores, al comentar sus resultados, sugieren que la mejoría obtenida no depende, exclusivamente, de los fármacos IMAO.

En efecto, de acuerdo con nuestros resultados, suponemos que la mejoría de los síntomas depresivos no debe explicarse mediante criterios cuantitativos, sino teniendo en cuenta, la calidad del equilibrio neuroenzimático estrechamente relacionado con el metabolismo de las aminas biógenas, cuya normalidad es fundamental para el funcionamiento del sistema nervioso central y de las funciones psíquicas, en especial del estado de ánimo.

En cuanto a si la causa de la depresión consiste en la incapacidad de la célula nerviosa para utilizar los aminoácidos provenientes de la alimentación, no puede contestarse afirmativamente, pero es revelador que la administración simultánea de 5-HTP y de 300 mgs. diarios de fosfato de piridoxal haya mejorado los síntomas neurovegetativos y luego, los síntomas principales.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Claro está que en las depresiones no puede pensarse en un déficit alimenticio de B6, debido a la gran difusión de la B6 en casi todos los alimentos y la necesidad diaria de tan solo 0,5 a 2 mgs. diarios.

Se puede desechar asimismo un trastorno de absorción de la B6. Para que exista una depresión se ha de considerar una necesidad aumentada a consecuencia de un trastorno de las aminas biógenas, o bien un trastorno de utilización que aún no está aclarado. Lo cierto es que del momento que el 5-fosfato de piridoxal interviene en el metabolismo de la serotonina, ésta resulta inseparable de aquél, y toda alteración de uno significa alteración del otro.

Por otro lado, otro criterio para anular el punto de vista cuantitativo, son los casos de ansiedad, angustia y agitación que empeoraron con la administración de 5-HTP. Sabemos que los medicamentos psicosedantes y timolépticos están indicados en tales depresiones, pues dichos fármacos (Imipramina, Amytryptilina) actúan favoreciendo los impulsos adrenérgicos y potenciando, por lo tanto, la transmisión nerviosa. Además dichos medicamentos son anticolinérgicos, antihistamínicos y antiserotonínicos, lo cual conduce a poner en duda, el rol cuantitativo de la serotonina.

Los dosajes del 5-HIAA están de acuerdo con las cifras dadas por Tissot. En efecto, en las depresiones endógenas se encontró una eliminación alta de 5-HIAA cuando predominaban la inhibición, la depresión vital y la pesadumbre; en tanto que en los casos de ansiedad, agitación y angustia, la eliminación estuvo disminuída. Después de la administración del 5-HTP y fosfato de piridoxal, las cifras tendieron a normalizarse, es decir que no aumentaron proporcionalmente a la ingestión, sino que en las depresiones inhibidas, la eliminación disminuyó no obstante, la sobrecarga de triptofano, en tanto que en las depresiones ansiosas aumentó dicha eliminación.

En los casos de depresiones psicógenas no se manifestaron cambios sustantivos de la eliminación de 5-HIAA, lo mismo que en los endorreactivas, lo cual prueba el comportamiento disímil de la célula nerviosa en los distintos tipos de depresión.

De lo expuesto, concluímos, en que los síntomas depresivos estarían en relación con un desorden cualitativo de las aminas biógenas y un desequilibrio neuroenzimático en el cual interviene, además, la B6.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

RESUMEN

Se estudió la sintomatología de 12 pacientes deprimidos agrupados en: 4 pacientes con depresión endógena; 5 con depresión endoreactiva y 3 con depresión psicógena. Luego, se les administró de 10 a 30 mgs. de 5-hidrotriptofano y 300 mgs. de fosfato de piridoxal, habiendo mejorado los síntomas neurovegetativos o inespecíficos (sueño, estreñimiento, calambres, cefalea) y luego, los síntomas esenciales o principales (depresión vital, inhibición, indiferencia, ideas delusivas). Las substancias no tuvieron acción positiva sobre la ansiedad y la agitación. Los autores plantean la hipótesis de un trastorno neuroenzimático y de un déficit cualitativo de las aminas biógenas (serotonina, noradrenalina), que afecta el funcionamiento de la célula nerviosa y la transmisión del impulso nervioso y en el cual está implicada la B6, coenzina fundamental para el metabolismo de las aminas biógenas. Se puntualiza la mejoría del sueño y de la depresión vital con ambas substancias. Finalmente se considera que en la depresión existe una necesidad aumentada de B6, a consecuencia del trastorno de las aminas biógenas, o bien, un trastorno de utilización que aún no está aclarado.

SUMMARY

It was studied the symptomatology of 12 depressed patients grouped as follows: 4 patients with involutional depression; 5 with endorreactive or neurotic depression and 3 with reactive depression. Authors reported that administration of 10 to 30 mgs. of 5-hydroxytryptophan and 300 mgs of pyridoxal phosphate to the patients leads to a marked reduction in the neurovegetatives or unespecific symptoms (insomnia, constipation, cramps, headaches) and then, in the essential or principal symptoms (vital depression, inhibition, loss of interest and enjoyment in usual pursuits, delusive ideas). The substances didn't have positive effect on the anxiety and excitement. These results suggest the hypothesis of a neuroenzymatic disturbance and of a cualitative decrease of biogenic amines that disturbs the nervous cell and the trasmission of the nervous impulse in which is implicated the B6, fundamental coenzyme for the brain

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

biogenic amines metabolysm. It is emphazise the improvement of insomnia and the vital depression with both substances. Finally, his is one of the most convincing arguments in favour of the theory proposed by the authors that in depression there is an increased necessity of B6, as a result of the biogenic amines disturbance, or else, a utilization disturbance that has not clarified yet.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die Symptomen von 12 depressiven Patienten studiert, von denen 4 Patient an endogenen Depression, 5 an endoreaktiven Depression und 3 an psychogenen Depression litten. Sie bekamen 10 zu 30 mgrs. von 5-Hydroxitrytophane und 300 mgrs von Pyridoxalphosphate. Erst wird die neuro-vegetativen oder unespeziphischen Symptomen (Schlaf, Obstipation, Muskelkrampf, Kopfschmerzen) und danach die Hauptsymptomen (vitale Depression, Hemmung, Gleichgültigkeit, wahnhaften Ideen) verbessert. Die Arzneien hatten keinen positiven Wirkung auf der Angst und Agitiertheit. Die Verfassern werfen die Hypothese auf, dass es handelt sich bei der Depressionen einer neuroenzymatischen Störungen und einer qualitativen Defekt der biogenen Aminen (Serotonin, Noradrenalin) die die Funktion der Nervenzellen und die Übertragung der Nervenanregung, wobei die Vitamin B6, Hauptcoenzime der Stoffwechsel der biogenen Aminen eingeschlossen ist, angreift. Es wird besonderen Nachdruck gelenen auf die Verbesserung des Schlafes und der vitalen Depression mit beiden Substanzen. Endlich wird es betrachtet, dass es bei der Depression eine vermehrte Not von Vitamin B6 gibt wegen der Störung der biogenen Aminen oder einer Störung der Benutzung die noch nicht erklärt worden ist.

RÉSUMÉ

On a etudié la symsptomatologie de 12 malades déprimées groupés en: 4 malades avec depression endogêne; 5 avec depression reactive et 3 avec depression psychogene. Ensuite on leur a administré de 10 a 30 mgrs. de 5-Hidroxitryptophane et 300 mgrs de phosphate de piridoxal. S'.tant amelioré les symptomes neurove

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

getatifes eu inespehifiques (sommetil, constipation, cramps, mal de tete) et ensuite les symtomes essentiels au principaux (depression vital, inhibition indifference, idées delusives). Les substances n'on pas au d'action positive sur l'anxieté et l'agitation. Les auteurs posent l'hypotèse d'un trouble neuroenzimatique et d'un deficit qualitatif des amines biogénes serotonine, noradrenaline) qui affecte le fonctionnement de cellula nerveuse at la transmission d'impulsion nerveuse et dans laquelle est impliqué la vitamin B6, coenzime fondamental pour le metabolisme des amines biogènes. On ponctualise l'amelioration du sommeil et de la depression vital avec les deux substances. Finalment on considere que dan la depression existe une nécessité augmentée de vitamin B6 a cause du trouble des amines biogènes, ou bien, du trouble d'utilization qui n'est pas encore expliqué.

BIBLIOGRAFIA

WERNER GRUTER: "Los trastornos del sueño". *Medicina Alemana* 3: 809—817, 1962.— NATHAN KLINE & WILLIAM SACKS: "Relief of depresión within one day using an M.A.O.I. and intravenous 5—HTP". *The Amer. J. of Psych.* 120: 174, 1963.— CAZZULLO C. L., GOLDWURM G. F.: "Interazione fra inibitorio delle monoamino ossidasi e farmici psicotomimetici". *Rassegna di studi psichiatrici*, LI: 979—993, 1962.— WADA J., HILL D., WRINCH J.: "Reversal by atropine of 5—HTP induced behavioral changes in cats and monkeys". *J. of Neuropsychiat.* 5: 413—415, 1963.— H. VARLEY: *The Clinical Chemistry of monoamines*, Elsevier, Amsterdan, 1963.— NODINE: *Psychosomatic Medicine*, Lea & Febiger,Philadelifia, 1962.— G. GEHRMANN: "Vitamina B6 y Hemopoyesis". *Medicina Alemana*, 5: 297—300, 1964. KIELHOLZ Y COL.: "Diagnóstico de las depresiones". *Medicina Alemana*, 4: 561—567, 1963.— KIELHOLZ Y COL.: "Tratamiento de las depresiones y de los estados patológicos depresivos". *Medicina Alemana*, 4: 568—580, 1963.— T. J. SULLIVAN: "The effect of diet on the 5—HTP content of the small intestine and other organs in rats and mice". *Brit. J. Pharmacology*, 15: 513, 1960.

Dirección del Autor:
Casilla 4721 — Lima, Perú

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DESORDENES PSICOFISIOLOGICOS CON LAS DROGAS PSICOTROPICAS

Por *ALFREDO SAAVEDRA**

Es conveniente puntualizar, a la luz de lo que actualmente se conoce sobre las drogas psicotrópicas, especialmente en lo relacionado a los neurolépticos o psicolépticos (derivados fenotiazínicos y de la rauwolfia) que salvo en determinados casos, algunas manifestaciones que inicialmente se describieron como "intoxicaciones", observadas con gran regularidad con las dosis promedio habituales. no son sino parte del efecto natural de las mismas al actuar especialmente a nivel de las estructuras subcorticales del sistema nervioso central y que muchos de tales efectos son hoy mitigados o suprimidos al asociar las drogas psicotrópicas con fármacos antagónicos que actúan predominantemente a nivel subcortical; de este modo no se desperdicia su efecto psicoléptico ni se mantiene al paciente en el intenso sufrimiento que a menudo ocasionan algunas de tales manifestaciones o a la acentuación del mismo con la continuación de su empleo, sufrimiento o desazón que en determinados momentos puede llegar a ser intolerable.

Verdaderas intoxicaciones con drogas psicotrópicas pueden producirse al usar bruscamente dosis masivas, como cuando se las ingiere en los intentos de suicidio o cuando en el curso de las curas de

* Profesor Principal Asociado.
Universidad Peruana de Ciencias Médicas y Biológicas, Cátedra de Psiquiatría

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sueño súbitametne se produce una intolerancia imprevisible clínicamente. Manifestacionss de intenso sufrimiento pueden sobrevenir con el empleo de algunas de ellas o cuando abruptamente se deja de administrarlas.

Los psicolépticos pueden dar lugar, por acción directa sobre el sistema nervioso, a síndromes predominantemente psiquiátricos o predominantemente neurológicos; casi en su generalidad son reservables o controlables, salvo algunos casos de administración masiva o de una intolerancia súbita en el curso del empleo clínico. Trataremos en primer término de los síndromes predominantemente psiquiátricos:

Psicopatología de la administración masiva

La administración masiva realizada con fines suicidas o por negligencia familiar en el caso de los niños que las ingieren durante sus juegos pueden conducir al *coma psicotrópico* cuya gravedad depende de la cantidad de medicamento ingerido y de la susceptibilidad personal; suele ocurrir después de algunos minutos a horas de la ingestión de las drogas psicotrópicas y en su aspecto semiológico guarda estrecho parecido al observado durante la intoxicación barbitúrica: precedido o no de mareos o de manifestaciones oniroides, en íntima vinculación éstas con el estado emocional, sobreviene el sueño, luego el letargo y finalmente el coma en sus diversos grados de profundidad; si una parte de lo ingerido no es arrojado con el vómito al cabo de poco tiempo, el coma sigue profundizándose hasta hacerse irreversible, sobreviniendo la muerte después de pocos días. Se ha descrito coma psicotrópico con casi todas las drogas, siendo excepcionales con la tioridacina, por lo cual merecen citarse las observaciones de casos de muerte con esta droga referidas por WILLIATE y ENTICKNAP y GORDON; en estos dos últimos autores la dosis que condujo al coma fue aproximadamente de 8 gramos. Cuando el coma es muy profundo puede observarse leucocitosis en el recuento sanguíneo y elevación de la temperatura que en los casos fatales sigue acentuándose sin que sea posible atenuarla con la medicación antitérmica, elevándose cada vez más hasta que ocurre el *éxitus*.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Si no hay el dato del tipo de droga ingerida se hace difícil determinarlo por los solos medios de la observación clínica; sin embargo, algunos indicios pueden servir de guías para la determinación de la clase de droga en causa: en el caso de los derivados fenotiazínicos ocurre a menudo marcada sequedad de las mucosas, taquicardia, hipotensión arterial, debido a su acción sobre los centros reguladores centrales; la misma explicación es pertinente para la leucocitosis y la hipertermia cuando éstas se presentan. En el caso de los derivados de la rauwolfia frecuentemente suele verificarse bradicardia y marcado aumento de las secreciones bronquiales y salivares, congestión facial, inyección conjuntival.

Es conveniente tener en cuenta que el coma irreversible puede ocurrir en el curso de las curas de sueño, incluso con dosis relativamente bajas, de 400 a 500 mgr diarios de clorpromazina y 100 de Promethazine y en el momento menos esperado, e incluso adoptándose las más estrictas precauciones. Una amarga experiencia de este tipo tuvimos hace algunos años con una paciente joven, cuyos exámenes de laboratorio previos a la cura de sueño. durante ella y en el curso de la complicación (coma psicotrópico irreversible), fueron enteramente normales.

El *coma imipramínico* se acompaña más bien de signos de descerebración cortical y en el curso del mismo son frecuentes crisis convulsivas a menudo subintrantes e hipertemia, ambas de pronóstico sombrío; estos síntomas también se han descrito en los comas con los derivados piperazínicos de la feniotiazina, si bien con mucho menos frecuencia que con la imipramina. Hace dos años asistimos a un coma imipramínico fatal después de 12 horas de haber ingerido un paciente 90 comprimidos de 25 mgr. cada uno. Casos de muerte han sido señalados por LEE, por ARNESON, por MILLON, AMEYE, COLDSTEINAS & LANDRY, y por GARRDO.

En el caso del *coma con los propanedioles* (meprobamatos), *con el clordiazepoxide* (librium) y *con el diazepán* (valium), el coma es fláccido, con gran hipotonía muscular, arreflexia, hipotermia e hipotensión acentuada. El pronóstico en estos casos es generalmente bueno, recuperándose la conciencia al cabo de pocos días; sin embargo, SILVIO MERLI y CLAUDIO DE ZORSI, describieron 3 casos de muerte con propanedioles.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Psicopatología de la administración prolongada controlada

Cuando se emplean los psicolépticos en forma prolongada, meses o aún semanas, y sobre todo cuando se asocian a sedantes, los síndromes que con más frecuencia ocurren son el oniroide y el estado confusional. El *síndrome oniroide* ocurre sobre todo en las curas de sueño, en los cuales la droga se asocia a barbitúricos o a otros sedantes, siendo posible que la intensidad de los desórdenes obedezca a éstos; sin embargo, se han descrito síndromes oniroides durante el tratamiento psicoléptico puro; los síntomas correspondientes a este síndrome son a menudo transitorios: desorientación temporo-espacial, amnesia de fijación, fenómenos ilusorios y alucinaciones hipnagógicas predominantemente auditivas, visiones fantásticas, trastornos del esquema corporal, sobre todo duplicación o multiplicación de la figura corporal o de determinadas partes del cuerpo; estos síntomas transcurren con estados de moderada ansiedad y a veces se asocian con delirio ocupacional. Raros son los casos duraderos, pero se han citado observaciones de semanas y hasta meses de duración después de suprimido el medicamento.

Una acentuación de la condición anteriormente descrita puede conducir hasta el *síndrome de confusión mental* con variados fenómenos alucinatorio-delirantes, incoherencia en el discurso y agitación psicomotriz; este cuadro también puede aparecer desde un comienzo, bruscamente. Pese a su dramatismo, ambos cuadros son de pronóstico benigno en el sentido de no entrañar ni hacer presumibles complicaciones indeseables o peligrosas para la vida del paciente; más bien, cuando ocurren suelen ser indicios de la eficacia final de la cura, por ende no deben ser considerados como "intoxicaciones", ni se debe suspender la administración si el estudio clínico del caso aconseja un tratamiento prolongado.

Cuando la administración es muy prolongada y las dosis son relativamente altas (casos de neurosis severas o depresiones reactivas), suele observarse un *síndrome pseudodemencial*: amnesia de fijación muy marcada, disminución de la concentración, dificultad para comprender prontamente lo escuchado o leído, gran torpeza en las asociaciones, dificultad para adaptarse a las nuevas situaciones o problemas y por las tardes o noches fenómenos delirantes alu-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cinatorios visuales, auditivos, hapfticos y junto a ello un estado de ánimo paranoide que ocasiona gran temor.

HELMCHEN ha señalado la frecuencia de casos de delirio en pacientes que pasan los 50 años de edad o en aquellos que son portadores de síndromes orgánico-cerebrales; así en su casuística de 291 observaciones señala una cifra de 17 casos.

Psicopatología de la administración prolongada incontrolada

Determinados psicotrópicos, como los derivados de los propanedioles y el clordiazepoxide, administrados de modo incontrolado y por un tiempo prolongado, originan el *síndrome de adicción.* Cuando éste empieza a establecerse, el sujeto requiere dosis cada vez más crecientes para calmar su ansiedad e inquietud, experimentando muy penosos síntomas mientras aguarda la próxima dosis: gran intranquilidad y desasosiego, miedo, estado nauseoso, escalofríos, temblores generalizados, diaforesis profusa, diarreas y a veces crisis epileptiformes, insomnio y hambre por el medicamento. Hace poco más de un año tuvimos oportunidad de atender tres graves casos de esta adición (las 3, mujeres) que requerían dosis diarias de meprobamatos que oscilaban entre 40 y 60 tabletas de 400 mgr. cada una, cantidad fabulosa que ingerían diariamente desde hacía mucho tiempo y que se iban incrementando a medida que los conflictos psicológicos se agudizaban en sus hogares. Tan gran responsabilidad tenían las pacientes en el uso o mejor dicho en el abuso de estos medicamentos, como nuestras leyes que permiten el expendio indiscriminado de estas drogas a cualquier persona sin necesidad de prescripción facultativa, pues si bien hay ordenanzas que prohiben la venta sin receta médica, éstas no se cumplen en la práctica.

Fenómenos de adición con producción de cuadros hipomaníacos o esquizomorfos se observan con el abuso de los psicolépticos antidepresivos psicoestimulantes, tales como las anfetaminas, que a veces tienen semanas o meses de duración (los cuadros hipomaníacos o esquizomorfos) con tal intensidad de síntomas psicomotores, sensoriales y alteraciones del pensamiento, que en veces requieren medidas terapéuticas de urgencia y no pocas veces plantean serios problemas de diagnóstico, ya que en tales circunstancias no es posi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ble determinar si aquellos desórdenes son productos del psicofármaco o si éste ha desencadenado una psicosis endógena.

Del mismo modo, cuando la administración de algunos psicotrópicos no es convenientemente vigilada por el médico, con la frecuencia prudencial requerida, puede conducir a la producción de *cuadros de categoría inversa* a la que se trata de aliviar. Esto ocurre por ejemplo, con la imipramina y con la amitryptilina (sobre todo con la primera), cuyo empleo más allá de la conveniencia clínica, aun a dosis débiles, lleva a la producción de cuadros hipomaníacos o maníacos, que no desaparecen por lo regular con la supresión de la droga, sino que requieren el empleo de psicolépticos depresores u otras medidas terapéuticas.

Psicopatología de la supresión brusca de las drogas

Un cuadro neuro-psiquiátrico de observación frecuente ocurre cuando las drogas se suprimen bruscamente: el *síndrome de abstinencia,* entonces sobreviene un estado caracterizado por desasosiego, angustia, intranquilidad motora con tendencia al desplazamiento y cambio continuo de posición, incontinencia emocional, miedo, hipersensibilidad a todo estímulo externo, temblor interno o manifiesto, inapetencia, insomnio y en algunos casos hiperreflexia osteotendinosa, diaforesis generalizada, mareos, diarreas, crisis vertiginosas y con menos frecuencia crisis convulsivas. Este síndrome ocurre, aunque con menos intensidad, al finalizar las curas de sueño, especialmente cuando la disminución de los medicamentos se hace con rapidez. Los síntomas descritos son propios de los neurolépticos. Sin embargo, KRAMER, KLEIN & FINK han señalado náuseas, vómitos, cefalea, cansancio y dolores muscoloesqueléticos al suprimir bruscamente la cura antidepresiva con dosis elevadas de imipramina.

Síndromes neuro-psiquiátricos

Los fenómenos que hemos descrito son relativamente frecuentes durante la medicación psicotrópica. Ahora nos toca ocuparnos con las manifestaciones predominantemente neurológicas, las cuales afectan tanto al sistema nervioso central, incluyendo desórdenes endocrinos por acción diencefálica, cuanto al sistema nervioso perifé-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

rico. En lo que concierne al sistema nervioso central revisaremos los cuadros neuro-psiquiátricos más comunes, dejando para el final lo concerniente al sistema endocrino.

Los desórdenes predominantemente neurológicos ocurren con la gran mayoría de los derivados fenotiazínicos y de los de la rauwolfia a las dosis promedio habituales; se presentan varios días después de iniciada la cura. Conviene igualmente subrayar, como expresáramos al comienzo, que no se trata realmente de "intoxicaciones", aun cuando así fueron considerados inicialmente. La mayoría de tales desórdenes son reversibles, siendo más frecuentes e intensos en las personas de edad avanzada, donde se vienen describiendo complicaciones irreversibles aunque no mortales. Se debe resaltar, asimismo, que la severidad del cuadro guarda estrecha relación con la mayor potencia psicoléptica de la droga y que, tratándose de los derivados fenotiazínicos, son constantes con los derivados piperazínicos.

Los cuadros neuro-psiquiátricos corresponden a una gran variedad de alteraciones; si bien predominan los síntomas neurológicos, todas se acompañan de un estado mental especial de una intensidad tal como no se observa en las enfermedades neurológicas espontáneas.

Desórdenes del sistema nervioso central

Los más comunes son los extrapiramidales; han sido descritos por todos los autores, siendo interesante consignar que en la casuística de Ayd Jr., sobre 3775 pacientes se presentan en el 38% de los casos en forma muy marcada.

El más frecuente es el *síndrome aquinético* que puede revestir diversas variedades: *aquinético sin hipertonía*: el sujeto se halla como petrificado, en una actitud verdaderamente catatónica; la forma *aquinético-hipertónica*: con pobreza de la mímica, lentitud de la palabra, rigidez de la marcha, pérdida de los movimientos automáticos asociados, inexpresividad del rostro, estereotipia y rigidez del gesto; en esta forma a menudo se encuentra el fenómeno de la flexibilitas cerea, pudiendo mantener el sujeto sus miembros en las posiciones más incómodas que se quiera dar, indiferente a todo estímulo. Otro es el *síndrome parkinsoniano* cuyos grados de intensi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dad varían desde cuadros que se asemejan al anterior, pero sin las manifestaciones catatónicos hasta los cuadros severos de rigidez generalizada, con temblor, disartria, micrografía, presencia de reflejos de postura, signo de la rueda dentada, sialorrea, seborrea facial y una descamación de la piel generalizada como no se ve en los síndromes parkisonianos espontáneos. Desde el punto de vista psiquíco, se verifica bradipsiquia, embotamiento afectivo, falta de iniciativa y pasividad. Ambos síndromes, el aquinético y el parkinsoniano, son comunes a los derivados fenotiazínicos en general y a los de la rauwolfia.

Otro fenómeno extrapiramidal es el *síndrome hiperquinético sin hipertonía,* llamado *acatisia,* caracterizado por una compulsión de caminar de atrás hacia adelante, con incapacidad de permanecer sentado y en reposo; si es de mediana intensidad, los pacientes se quejan de una sensación de arrastramiento y alargamiento de las extremidades, principalmente a nivel de las piernas. Cuando el cuadro está bien desarrollado, experimentan la urgencia incontrolada de andar incesantemente, no pueden estar sentados ni en cama; en casos severos la inquietud aboca hacia una franca agitación psicomotriz, siéndoles imposible dormir; psíquicamente, experimentan sensación de desasosiego, temor, angustia, labilidad emocional y una desesperación tan torturante que puede terminar en el suicidio o en los intentos de suicidio. Este fenómeno se ha observado con la mayoría de derivados fenotiazínicos, tanto del grupo de la clorpromazina cuanto con el de los piperazínicos, siendo muy frecuentes con los últimos: triflupromazina, perfenazina, proclorperazina, trifluperazina, flufenazina, tiopropazate, pero es particularmente intenso con la thioproperazina (Majeptil), con la cual, aun a dosis pequeñas hemos observados los casos de mayor inquietud, con necesidad premiosa de caminar, de moverse, de cambiar de actitud, intentos de autoagresión como mesarse la cabeza, arañarse el rostro, morderse los dedos, tirar de cabezasos contra las paredes, arrojarse al suelo y revolcarse, gritar, reir, salir corriendo o detenerse bruscamente en actitud estatuaria, para reiniciar la inquietud una y otra vez.

Otro cuadro extrapiramidal lo constituyen las *manifestaciones disquinéticas,* generalmente asociadas a acatisia. Bruscamente los sujetos son presa de movimientos incontrolados, tales como crisis óculo-cefalogiras, de minutos a horas de duración, tortícolis, espas-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mos de torsión, opistótonos y emprostótonos o contorsiones generalizadas, temblores, sialorrea y profusa transpiración; luego los síntomas amainan, sobreviene una calma relativa que después de breve tiempo llega a ser inquietante y amenazadora, porque es el preludio de nuevas crisis semejantes, las cuales se suceden muchas veces durante el día y la noche. Por su sucesión brusca y por su súbita reaparición, por su dramatismo y teatralidad, recuerdan a muchos fenómenos conversivos histéricos y son diagnosticados como tales por el médico general que los ve por primera vez y no está advertido de su posible ocurrencia. Y la confusión es tanto mayor cuanto que a menudo tales manifestaciones suelen ser dóciles, por lo menos momentáneamente, a la sugestión. Estos dsórdenes disquinéticos se acompañan de dificultad para deglutir, de parestesias penosas generalizadas, especialmente a nivel de los músculos largos, de opresión precordial, de sensación de falta de aire, de gran angustia y temor, de insufrible desasosiego, de insomnio completo o de cortísimos períodos de sueño durante los cuales el sujeto es presa de horribles pesadillas. A veces son seguidos de crisis convulsivas. Si penoso es este cuadro para el sujeto, más dramático es aun para los familiares, que sin advertir el completo estado de lucidez del paciente, creen confirmados sus temores de que "su enfermo nervioso se ha trastornado al fin y está haciendo un cuadro de locura furiosa"; entonces los gritos, los movimientos, los lamentos de padres, hermanos, tíos, etc., contribuye a hacer más espectacular el cuadro, pues éste se acentúa en vista de la situación aflictiva de los familiares. No pocas veces el sujeto "aprovecha su situación" para conseguir por vez primera todo lo que apetece y toda la atención de quienes lo rodean, máxime cuando hasta ese momento fue tratado despectivamente "como nervioso". Conocemos el caso de un estudiante universitario que hizo una crisis de este tipo con sólo 8 mgr de perfenazina (trifalón); cuando acudimos a su domicilio lo hallamos revolcándose en su cama con crisis oculocefalogiras, con movimientos coreoatetósicos en las manos y con multitud de gestos en la cara; nuestra llegada acentuó el cuadro; después de breves momentos, y en medio de una diaforesis generalizada, mediante el gesto expresó cierta maliciosa satisfacción; sus trastornos eran evidentes, pero había algo más que efectos propios de la droga; hicimos salir a todos los familiares y a solas nos confesó que si bien de rato en rato le

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

venían esos movimientos incontrolados, a menudo los acentuaba voluntariamente, "por el gozo que sentía al asustar a los suyos".

El parecido entre los síntomas neuróticos conversivos con las manifestaciones psicomotoras descritas es tan grande, como el que se observa a veces entre la esquizofrenia y los efectos de algunos medicamentos psicoticomiméticos, como la L.S.D. 25, la mescalina, los derivados de la opuntia cylindrica. Es evidente que en este punto nos hallamos frente a una de las pruebas más convincentes de la influencia de los factores orgánicos en la producción de las neurosis, —tomadas comúnmente como solo de naturaleza psicógena— y que ya desde hace algún tiempo se había vislumbrado por el parecido de síntomas existente entre diversos trastornos neuróticos y las formas de epilepsia psicomotora, ésta de naturaleza inobjetablemente orgánica. ¿Es que las neurosis conversivas o ansiosas se valen para manifestarse, del sistema nervioso subcortical, como los actos voluntarios del sistema piramidal? O, ¿es que los cambios biológicos que ocurren al producirse las neurosis son de la misma naturaleza que los originados por las drogas psicolépticas y ambas actúan y estimulan preferentemente el sistema nervioso subcortical? O, ¿son cambios biológicos primarios de este sistema los que originan los síntomas neuróticos? Como se ve, el sistema subcortical es hoy por hoy el nudo gordiano que oculta el secreto etiológico tanto de los variados desórdenes del comportamiento cuanto de las neurosis y psicosis más diversas.

Aparte de este cuadro, se ha descrito por muchos autores, UHRBRAND y FAURBYE, SHANON y colaboradores, CHRISTIAN y PAULSEÑ FREYHAN, DELAY y colaboradores, P. y C. CHATAGNON, WILKIN, FOURNIER, LOREY, CADANI y otros, el *síndrome disquinético buco-linguo-masticatorio*, consistente en un incesante movimiento involuntario de mascar y masticar, con continua protrusión de la lengua y movimienos de los labios, acompañado, en casos severos, de oscilación y torsión del cuerpo, movimientos de baile y restregamiento de los pies sobre el suelo de modo que el sujeto no puede estarse quieto, opistótonos, disturbios respiratorios, contracciones tónicas de los músculos de la cara y de la nuca. Toda esta sintomatología se acompaña de angustia y temor. Lo hemos observado y se ha descrito con la trifluperazina, tioridacina, tioproperazina, piperacetazina, etc.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Este síndrome disquinético buco-linguo-masticatorio, así como los anteriores síndromes extrapiramidales, han sido considerados como reversibles. Pero últimas publicaciones señalan que en muchos casos, sobre todo en los viejos, desaparecen sólo después de 2 a 6 meses de suspendida la medicación psicotrópica y algunos quedan irreversibles. Sin embargo, queda siempre la incógnita de si se trata de fenómenos producidos por la droga o si son debidos al proceso de arterioesclerosis de los vasos centrales del cerebro, pues se presentan de modo casi exclusivo en los viejos. Tenemos una observación de este tipo en una paciente de cerca de 90 años, que desde hace cerca de dos años presenta este síndrome buco-linguo-masticatorio, con movimiento de baile y restregamiento de los pies que recuerda al moderno baile hoy en boga, el "twist", a quien se le ha suministrado desde hace 10 años variadas drogas psicotrópicas; hasta este momento estábamos convencidos de que era un cuadro neurológico espontáneo, pero la lectura de los trabajos para esta comunicación, nos hace ya dudar, —en vista de la descripción de casos irreversibles—, de si no estamos frente a uno de ellos, ocasionado por la medicación psicotrópica.

Desórdenes en el sistema nervioso periférico

Un numeroso grupo de derivados psicotrópicos presentan complicaciones esfinterianas, especialmente retención vesical; la incontinencia por rebozamiento es rara, salvo casos de coma psicotrópico; también con las dosis habituales promedio es frecuente observar paresia intestinal que puede evolucionar o al ileus paralítico o conducir al síndrome entero-renal. Igualmente la mayoría de psicotrópicos originan fenómenos lipotímicos, hipotensión arterial, especialmente postural que deben acharcarse a disfunciones vegetativas, por predominio de acción del sistema parasimpático visceral; otros, como la imipramina, pueden ocasionar una estimulación del sistema simpático, produciendo síntomas que aseméjanse a los de la hiperfunción tiroidea y que VURDELJA y KAPAMADZYA califican como síndrome reactivo agudo imipramínico: agitación motora, ansiedad, temblores generalizados, ligera propulsión ocular, intensa ansiedad, y en algunos casos, trastornos de la orientación y diversos fenómenos alucinatorios: hápfticos, ópticos, auditivos, quinestésicos. JONES,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BLUMBERG, & KLEIN, han descrito alteraciones oculares: ambliopía, disminución de la agudeza visual, papiledema, con los derivados fenotiazínicos, imipramínicos y amitryptilínicos. Hace dos años con MARIÁTEGUI y BOGGIANO describimos dos casos de parálisis del ciático poplíteo externo en el curso del tratamiento con imipramina.

Una de las drogas más eficaces y con menos efectos colaterales indeseables —la tioridacina— ha sido objeto de estudio por varios autores a causa de su acción inhibidora de la eyaculación. En nuestra publicación con MARIATEGUI en 1959 sobre la tioridacina, señalábamos un caso que se quejaba de impedimento para la eyaculación, trastorno que mortificaba al paciente y que desaparecía al suspender la droga.

En 1961 SINGH, HELLER, FREYHAN, con dosis pequeñas —entre 50 y 100 mgr.— diarios, han verificado la supresión de la eyaculación conservándose el orgasmo venéreo; casos similares han sido referidos en 7 pacientes de WITTON y en 1 de RAUBEL en 1962. En le actualidad contamos con numerosas observaciones que están siendo objeto de estudio especial y en las cuales se verifica relación causal entre el medicamento (la tioridacina) y la inhibición de la eyaculación sin alteración del orgasmo. GREEN cree que tal efecto se debe al bloqueo adrenérgico de la tioridacina a nivel de la unión neuroefectora de aquellos impulsos eferentes que desde el plexo hipogástrico van a inducir la peristalsis de los *vasa deferentia,* vesículas seminales y *ductus eyaculatorius;* la erección y el orgasmo son posibles porque los músculos estriados del pene y las vías aferentes del glande están bajo el control de los nervios espinales y éstos no son afectados por el agente simpaticolítico representado por la tioridacina.

Desórdenes endocrinos

Mención aparte merecen los desórdenes endocrinos que ocurren en el curso del tratamiento con las drogas psicotrópicas, presumiblemente por alteraciones funcionales a nivel de la región diencefálica. En el tratamiento con los derivados fenotiazínicos es frecuente la poliuria, pero hay observaciones de ocurrencia de verdadera diabetes insípida que ha podido ser neutralizada o con la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

reducción de las dosis o con su asociación a medicamentos antidiuréticos de hipósifis posterior.

Con frecuencia se presentan en mujeres púberes o jóvenes galactorrea y ginecomastia; esta última también ocurre en hombres (clorpromazina, tioridacina, tiopropazate) y con dosis relativamente bajas. SOMLYO menciona lactorrea con dosis de 0.75 mgr de reserpina que desaparece al suspenderse la medicación. En un estudio llevado a cabo sobre 100 pacientes mujeres, entre 28 y 79 años de edad, HOOPER, WELCH. y SCHAKELFORD, en el 26% de los casos verifican aumento de la secreción láctea con las fenotiazinas, reserpina y meprobamatos. Hemos verificado secreción láctea en un paciente joven, psicópata anético, con dosis de 400 mgr diarios de clorpromazina; en este caso se produjo asimismo ginecomastia a predominio izquierdo.

También se han descrito desórdenes sexuales con la mayoría de drogas psicotrópicas; el trastorno más generalizado es el de la disminución de la potencia sexual, así como el amodorramiento del deseo; hemos observado un caso de desaparición de la erección con la tioridacina en un paciente joven con masturbación inveterada. ZUCKERMAN refiere un caso de amenorrea en una paciente de 34 años; durante 5 meses recibió 200 mgr diarios de tioridacina y durante ese tiempo no se presentó el período menstrual, el cual sobrevino a los pocos días de suspendida la medicación, interrumpiéndose de nuevo en los meses siguientes al reanudar el tratamiento. PROVINCALE y VIRGILI describieron 2 casos de astenia sexual e impotencia coeundi con el empleo de 100 mgr diarios de imipramina, observaciones que anotamos por la rareza de trastornos sexuales con dicha droga. En todo caso, las manifestaciones anotadas, asi como los desórdenes de la eyaculación, referidos en líneas anteriores, son felizmente reversibles, inicialmente producen gran ansiedad y temor en los pacientes, sobre todo en los jóvenes y en algunos casos dan pábulo a interpretaciones delusionales.

RESUMEN

Se describen las manifestaciones psicofisiológicas —casi todas reversibles— que ocurren con el empleo clínico de las drogas psicotrópicas. Entre las predominantemente psicopatológicas se

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

describen los comas neurolépticos (fenotiazínicos y de los derivados de la rauwolfia), imipramínico, de los propanedioles etc., en casos de administración masiva; los síndromes oniroides, de confusión mental y pseudodemencial con las dosis habituales terapéuticas. El uso incontrolado da lugar a los síndromes de adicción o a la inversión del cuadro clínico y su brusca suspensión al síndrome de abstinencia. Entre las manifestaciones predominantes neurológicas se describen los síndromes aquinético con o sin hipertonía, el parkinsoniano, el hiperquinético sin hipertonia o acatisia, los disquinéticos, entre los cuales, el buco-linguo-masticatorio en los viejos puede ser irreversible. Se hace referencia a manifestaciones dependientes del compromiso del sistema nervioso periférico y visceral, así como a algunos desórdenes endocrinos.

SUMMARY

It is described the psychophysiological disorders —almost all reversibles— that occur with the clinical use of the psychotropic drugs. Among the prevailingly psychopathologics are described the neuroleptic (phenothiazinic and the ones derived from the rauwolfia), imipraminic and propanedioles comas, etc., in cases of providing in mass; the oneiroid syndromes, confusional state and pseudodemential symptoms with the usual therapeutical dosis. The uncontrolated use gives ocassion for the addiction syndrome or to the inversion of the clinical symtoms and its rough suspension to the abstinence syndrome. Among the prevailing neurologic disorders it is described the akinetic with or without hypotonia, he parkinsonian, the hipervinetic without hypertonia or akathisia syndromes; the dyskinetics, among which the buccal-lingual-masticatory in the aged persons could be irreversible. It is made reference to the disorders which depends on the visceral nervous system as well as some endocrine disturbances.

RÉSUMÉ

On décrit les manifestations psychophysiologiques — presques toutes reversibles — qui arrivent avec l'emploi clinique des drogues

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

psychotropiques. Entre les predominantes psychopathologiques se decreivent les comas neuroleptiques (phenothiaziniques et des derivées de la Rauwolfie) imipraminiques, des propanodioles, etc., dans les cas d'administration massives; les syndromes oniroides, de confusión mental et de pseudodemential avec les doses therapeutiques habitualles. L'emploi incontrolée donne lieu aux syndromes d'adiction ou a l'inversion du cadre clinique et sa brusque suspension au syndrome d'abstinence. Entre les manifestations neurologiques predominantes se decrivent les syndromes aquinetiques avec ou sans hypertonie, parkisonien, hyperquinetiques sans hypertonie ou acatisie, disquinetiques entre lesquels de buco-linguo-masticatoire chez les viellards peut être irreversible. On fait reference aux manifestations qui dependent du system nerveux peripherique et visceral, ainsi qu'a quelques desorders endocriens.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die psychophysiologischen Eerscheinungen —fast alle irreversibel— dargestellt, die mit dem klinischen Gebrauch der psychothropen Drogen vorstellen. Zwischen den besonderen psychopathologischen Erscheinungen wird es die neuroleptischen (fenotiazinisch, und die diejenigen die druch die Rauwolfia erzeugen wird), imipraminischen, von Propanodiolen, usw. Komas beschrieben, wenn die Arzneien in groseen Mengen gegebenworden sind; die oniroiden, amentiellen und pseudodemenziellen Syndromen mit den üblichen therapeutischen Dosen. Der unkontrolierten Gebrauch erzeugt das Adiktionsyndrom und due Umkehrung des klinischen Bildes und die plötzlichen Unterbrechung zur Abstinenzsyndrom. Zwischen den besonderen neurologischen Erscheinungen wird es die akinetische Syndrome mit oder ohne Hypertonie, das parkinsonischen, die hyperkinetische ohne Hypertonie oder Akatisie, das diskinetische, zwischen den das buco-linguo. mastikatorisch bei den Altern irreversibel sein können. Es wird die von dem peripherischen und viszeralen Nervensystem abhängigen Erscheinungen sowie einiger endokrinen Störungen gezeigt.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOGRAFIA

ANDREW P. SOMLYO: "Abnormal lactation induced by reserpine", *Clinical Medicine Winnelka*, 8 (9). 1754—1746, 1961.— ARNESON GENEVIEVE A. "A near fatal case of imipramine overdosage", *American Journal of Psychiatry*, 117 (10), 934—936, 1961.— AYD Jr. FRANK J.": Neurolpetics and extrapyramidal reactions in psychiatric patiens", *Editions Psychiatriques* (Montreal-, 355—363, 1961.— AYD Jr. KRANK J.: "A survey of druginduced extrapyramidal reactions", *Journal of the American Medical Association*, 175 (2), 1054—1061.— BORENSTEIN P., DABBAH M. & BLES G.: "Contribution á l'étude des syhdromes extra-piramidaux secondaires aux neuroleptiques; á propos de l'utilization de deux substances psychotropes á activité neurotrope puissante", *Annales Médico-Psychologiques*, 1, 120, 279— 319; 506—552, 1962.— BORENSTEIN P., DABBAH M., ROUSELL A. & BLES G.: "Note á propos des syndromes de tipe extra-piramidal secondaires aux thérapeutiques psychotropes et á leurs corresturs", *Annales Médico-Psychologiques*, *1*, 120, 947—949, 1962.— BLUMBERG C. ARNOLD, KLEIN DONALD F.: "Severe papilledema associated with drug therapy", *American Journal of Psychiatry*, 118, 168—170, 1961.— CIAFARDO R. CORSICO R. & PASTO RIZA N. A.: "Algunos efectos secundarios observados en la utilización clínica de la imipramina", *Acta Neuro-Psiquiátrica Argentina*, 7 (2), 148—150, 1961.— CLARKE T. PASCHAL, SIMPSON T. R. & WISE SAMUEL P. "Two unsuccessful suicidal attempt with a new drug: Methaminodiazepoxide (Librium) *Texas State Journal of Medicine*, 57 (1), 24—26, 1961.— COHEN SIDNEY: "Two year's experience with piperacetacina", *Diseasse of the Nervous System*, 23, 176—177, 1062.— CHATAGNON P., CHATGNON C. WILKIN M. O., FOURNIER M. & LOREY P.: "Syndrome dysquinetique facio-buco-lingual et choréique avec hemibalisme d'etiologie chlorpromazinique", *Annales Medico-Psychologiques*, 119 (2), 310—318, 1961.— CHICATA M. A., MESTAS DORIS & BETETA EDMUNDO: "Cambios neuropsiquiátricos en el curso de los tratamientos con clorpromazina y reserpina" *Revista de Neuro-Psiquiatría*, XX, 512-518, 1957.— CHILDERS Jr. RABIE T.: "Hy perpyrexia, coma and death during clorpromaxine therapy". *Journal of Clinical and Experimental Psychopathology & Quarterly Review of Psychiatry and Neurologie*, 22 (3), 163—164, 1961.— BENDER H.C.B., RAJOTTE P. & WIART C. J.: "Peinture et effets secondaires des neuroleptiques majeurs", *Annales Médico-Psychologiques*", 1, 11—30, 1962.— EINTINGER L., RETTERSTL N. & SUND A. "Meprobamat: tilvenning, vanemessig behov (adicción y habitaución al meprobamato), *Tidesskriflt for den Norske Laegeforenning*, 82, 5—8, 1962.— ENTICKNAP J. B. & GORDON B.: "Suicidal with thiaridazine", *British Medical Journal*, 2, 522-523, 1961.— FAU R., NEEL D. & SAYONS R.: "Crises comitiales á la suite d'une absortion massive d' isonizide", *Annales Medico-Psychologiques*, 119 (1), 138-145, 1961.— FREEDMAN DANIEL X. & De JONG JACOB: "Factors that determine drug-induced aka-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

thisia", *Diseases of the Nervous System*, 22 (2), 69-76, 1961.— FREEDMAN DANIEL X., De JONG JACOB: "Thresholds for drug-induced akathisia", *American Journal of Psychiatry*, 117 (10), 930-931, 1961.— FREYHAN FRITZ A. "Loss of ejaculation during mellaril treament", *American Journal of Psychiatry*, 118 (2), 171-172, 1961.— GARRIDO JUAN A.: "Intoxicación aguda por tofranil", *Archivos de Pediatría*, 11 (64), 413-421, 1961.— GOLDMAN DOUGLAS: "Parkinsonism and related phenomena from administration of drugs: their production and control under clinical conditions and possible relation to therapeuthic effect", *Editions psychiatriques*, (Montreal), 453-464, 1961.— GREEN MICHAEL: "Inhibition ejaculation as a side-effect of Mellaril", *American Journal of Psychiatry*, 118 (2), 172-173, 1961.— JONES O.W.: "Toxic amblyopia caused by pheniprazinehydrocloride (J.B.—516 Catron), *Archives of Ophthalmology*, 66, 29-36, 1961.— HAASE HANS J.: "Extrapyramidal modification of fine movements a "conditio sine qua non" of the fundamental therapeutic action of neuroleptic drugs", *Editions Psyquatriques*, (Montreal), 329-253, 1961.— HELMCHEN HANFRIED: "Delirante Ablaufe unter psychiatrischery Pharmakotherapie", *Archiv für Psychiatrie*, 202, 395-411, 1961.— HELLER JOSEPH: "Another case of inhibition of ejaculation as side-effect of Mellaril", *American Journal of Psychiatry*, 118 (2), 173, 1961.— HIRSCH SOLOMON & HIRSCH DORIS L.: "Dystonic reactions produced by tranquilicers", *American Journal of Psychiatry*, 117 (11), 1037-1038, 1961.— HOLLISTER LEO E.: "Current concepts in therapy. Complications from psychotherapeutic drugs, I, II, III. *New England Journal of Medicine*, 264 (6), 291-293, 1961.— HOLLISTER LEON E., MOTZENBECKER FRANCIS P. & DECAN ROGER O. "Withdrawal reactions from chordiazepoxide (Librium", *Psychopharmacologie*, 2 (1), 63-68, 1961.— HOOPER Jr. JOSEPH H., WELCH VICTOR C. & SHACKELFORD RICHARD T.: "Abnormal lactation associated with tranquilizing drug therapy", *Journal of the American Medical Association*, 178 (5), 506-507, 1961.— KRAMER JOHN C., KLEIN DONALD F. & FINK MAX: "Withdrawal symptoms following ethchlorvynol (placidyl) Dependence", *American Journal of Psychatry*, 118 (4), 361, 1961.— LAI C.: "Manifestations confuso-oniriques au cours du traitment aux thimoleptiques", *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 91 (34), 1002-1005, 1961.— LEE F.: "Imipramine overdosage. Report of a fatal case", *British Medical Journal*, 1, 338-339, 1961.— LORTIE GILLES: "The importance and the meaning of drug-induced extrapyramidal reactions to the psychotic patient", *Editions Psychiatriques*, (Montreal), 553-561, 1961.— LUZA SEGISFREDO & MORI GROVER: "Dos casos de espasmo de torsión con derivados de la fenotiazina y reserpina", *Revista de Neuro Psiquiatría*, XXIII, 81-87, 1960.— McDONALD JAMES K.: "An unusual attempt at suicide", *American Journal of Psychiatry*, 118-746, 1962.— MERLI SILVIO & CLAUDIO De ZORZI: "Osservazioni, casistiche ed indagini sperimentali sull-avvelenamento da meprobamato", *Rivista di Mediicna Legale e delle Assicurazione*, 24, 274-302, 1961.— MILLON R., AMEYE C., GOLDSTEINAS

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

L., & LANDRY M.: "Bilon électroclinique d'un cas d'intoxication aigüé volontaire par l'imipramine", *Presse Medicale*, 69 (17), 772, 1961.— MOLLARET P., LISSAC J., GOULON M., POCCIDALO J.J., RAPIN M. & CHASSIGNEUX P.: "Les comas des intoxications massives par le méprobamate (ä propos de 9 observations personnelles)", *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 77 (14-15), 504-511, 1961.— MORI GROVER & CHICATA M. A.: "Inquietud psicomotriz como efecto secundario en los tratamientos con clorpromazina y reserpina", *Revista de Neuro-Psiquiatría*, XX, 528-541, 1957.— MULLER D. & GLADTKE E.: "Über eine phnethiazin- (N-(dimetylaminopropyl)-phenothizin-hydrochlorris- "Prothazin")- Intoxikation mit Delir bei einen 5- Jarigen Mädchen", *Psychiatria, Neurologie und Medizinische Psychologie*, 14, 54-59, 1961.— NEWTON RICHARD M.: "Transient, unilateral sensory and motor changes following meprobamate overdosage", *Virginia Medical Monthly*, 88, 660-661, 1961.— OLIVIER HENRY R. & SUGAR MAX: "Complications in trilafon therapy", *Diseases of the Nervous System*", 22 (1) 32-34, 1961.— PRONINCALE MARIA PIETA & VIRGILI ROMEO: "Effetti collaterali e rischi della therapia imipraminica", *Clinica terapeutica* (Roma), 20 (1), 35-61, SAAVEDRA ALFREDO & MARIATEGUI JAVIER: "La tioridacina en psiquiatría". *Revista de Neuro-Psiquiatría*, XXII, 585-630, 1959.— SAAVEDRA ALFREDO, MARIATEGUI JAVIER & BOGGIANO LUIS: "La imipramina en los estados depresivos", *Revista de Neuro-Psiquiatría*, XXIII, 195-228, 1960.— SAAVEDRA ALFREDO, MARIATEGUI JAVIER & VARGAS JUAN: "Impotencia eyaculatoria reversible (un efecto colateral con la tioridacina", *Sociedad Peruana de Neuro-Psiquiatría*, 1961.— SHAFER S. JOSEPH L. & ANDERSON J.P.: "Exprapyramidal effects of tranquilliser", *Lancet*, 2, 221-222, 1961.— SMITH MARSHALL E.: "Suicidal attempt by oral ingestion of chlordiazepoxide (Librium) (L,150 mgr)", *Clinical Mediicne*, 8 (1), 72-74, 1961.— SMITH J. & MILLER MICHAEL M.: "Severe extrapyramidal reaction to perphenazine treated with diphenhydramine", *New England Journal of Medicine*, 264 (8), 396-397, 1961.— SINGH HARBHAJAN: "A case of inhibition oy ejaculation as a side-effect of Mellaril", *American Journal of Psychiatry*, 117 (1), 1041-1042, 1961.— TAUBEL DAVID E. "Mellaril: ejaculation disorders", *American Journal of Psychiatry*, 119, 87, 1961.— VURDELJA N. & KAPAMADZA B.: "O psichopatolóskom siindromen izazvanom dejstvom Tofranil-a", *Neuropsijatrija*, 9, 198-205, 1961.— ZUCKERMAN FREDERICK: "Amenorrhea occurring during Mellaril treatment", *American Journal of Psychiatry*, 118, 947, 1962.— WILLATE P. "Note sur un cas d'intoxication par le Melleril", *Journal de Sciences Médicales de Lille*, 79, 597-598, 1961.— WITTON KURT: "Sexual dysfunction secondary to Mellaril", *Diseases of the Nervous System*, 23, 175, 1962.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

UTILIDAD DE LA PRUEBA DE RORSCHACH PARA DETERMINAR SINDROME TUMORAL INTRACRANEANO

por JOSE SANCHEZ GARCIA

Al lado del deseo de relatar algunas apreciaciones de nuestra experiencia con el test de Rorschach en tumores cerebrales, hoy hacemos la presente nota por doble motivo: verificar la utilidad o inutilidad de la escala de Piotrowski que busca signos patológicos y efectuar una comparación, en el mismo grupo de pacientes, con la escala de Dorken y Krai que busca signos indicadores de normalidad de la personalidad.

No puede perderse de vista que en el trabajo médico y sobre todo en la especialidad psiquiátrica es muy importante tener en cuenta cuadros orgánicos cerebrales con aspecto de casos mentales que pueden ser descubiertos o corroborados por técnicas psicológicas. Tampoco puede negarse que el test de Rorschach, es un instrumento de gran utilidad y de éxito tan frecuente que casi se ha hecho popular en los círculos clínicos. Si este instrumento se maneja debidamente es posible determinar la magnitud en la que los disturbios del sistema nervioso central alteran los mecanismos de conducta adaptativa. Y esta determinación es necesaria si se pretende establecer un adecuado programa de actividades de vida y/o entrenamiento a los pacientes. Por otra parte el cabal manejo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

del Rorschach hace posible que se detecte daño cerebral que aún no había sido diagnosticado clínicamente permitiendo de este modo que se logre un mejor conocimiento del funcionamiento cerebral general.

Fue PIOTROWSKI quien propuso una lista de 10 signos para detectar patología intracraneana. No obstante los 24 años transcurridos desde que este investigador dió a conocer sus signos, persiste vivo el interés para hacer la evaluación psicológica de quienes sufren tal patología, según se desprende de la gran cantidad de trabajos que sobre el tema se efectúan hasta el presente.

El material de PIOTROWSKI estuvo formado por protocolos de 18 casos con daño orgánico cerebral, 10 casos sin compromiso del sistema nervioso central y 5 con histeria de conversión. La lista de signos de Piotrowski fue elaborado empíricamente y tiene el mérito indiscutible de haber focalizado la atención de los psicólogos hacia un camino sistemático revelador de desmedro de la personalidad por daño cerebral. Posteriormente, han aparecido otras listas de signos destacándose algunas, como la de OVERHOLZER y el grupo compuesto de AITA, REITAN y RUTH, porque ponen de relieve las alteraciones provocadas por traumatismos encéfalo craneanos; otras, como la HARROWER-ERICKSON, porque destacan aquellos por tumores y una, la de DORKEN y KRAL, porque no busca signos patológicos sinó más bien un conjunto de experiencias Rorschach indicadoras de ausencia de cambios de personalidad consecutivo a enfermedad cerebral orgánica. R. HUGHES en 1948 presentó una lista de signos elaborada estadísticamente y basándose en el análisis de 22 signos diferentes propuestos por diversos autores para el diagnóstico de patología cerebral orgánica. En oposición a este afronte exclusivamente estadístico. M. HERTZ y L. M. LOCHIKE han estudiado con bastante seguridad la personalidad de pacientes post-traumáticos empleando un método cualitativo y cuantitativo. Cabe señalar que aunque PIOTROWSKI esableció que para hablar de daño cerebral era necesaria la existencia de cinco o más signos de su lista, no pasó por alto la necesidad de hacer análisis cualitativos del protocolo. Respecto a este asunto, de gran importancia en los cambios psicológicos de las lesiones orgánicas, KLEBANOFF ha expuesto lo siguiente:".... no deberá minimizarse el valor de los informes cualitativos o descriptivos, tales observa-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ciones deben ser esenciales para los subsecuentes intentos de aplicar más exacta, objetiva y especializadamente técnicas psicológicas para la medición de la manifestación mental".

A partir de PIOTROWSKI en 1937 han aparecido muchas publicaciones que tratan con los modos de comportamiento que pueden indicar con mayor o menor certeza alguna disfunción cerebral. Las investigaciones hechas con el Rorschach —instrumento preferido entre los empleados con el mismo propósito— revelan no sólo poca concordancia en las conclusiones, sino que indican que son muchos los casos que siendo portadores de lesiones cerebrales según se revela con otros tipos de exploraciones, no muestran las peculiaridades perspectivas que en los tests psicológicos han sido utilizados como indicadores de organicidad.

Bien se sabe que los signos psicológicos no siempre producen índices inequívocos y por lo tanto no son capaces de garantizar por sí solo un diagnóstico diferencial. Este hecho es particularmente cierto cuando el Rorschach con los signos de Piótrowski se emplea como medio diagnóstico de daño cerebral. Evidencia de tal asunto se encuentra en un trabajo de H. G. BIRCH y L. DILLER que resume las comunicaciones de 20 autores quienes empleando los signos de Piotrowski llegan a conclusiones tan disímiles como: "válidos pero no exactos para propósitos clínicos" "no válidos" "validez limitada", "válidos sólo para los lóbulos frontales", "signos válidos".

Pero tales resultados no deben ser tan desalentadores pues a ellos puede llegarse cuando los tipos de casos estudiados abarcan casi todas las entidades cerebrales conocidas, cuando los grupos de control son muy diferentes y cuando la lesión incluye las más diversas áreas cerebrales.

Con respecto al primer asunto todas las publicaciones se refieren a casos de P. G. P., traumatismos encéfalo craneanos, tumores, pre y post-lobotomizados, diversos, etc. Con relación a la segunda fuente de resultados tan inciertos con la escala de Piotrowski debe señalarse que los grupos de control empleados han sido tan variables como neuróticos, esquizofrénicos, hipnormales, mezcla de casos psiquiátricos, etc. Vinculado a la tercera y última dificultad puede afirmarse que no se ha hecho estu-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dios sistemáticos de las áreas lesionadas que han terminado disfunciones cerebrales.

Frente a este amontonamiento de dificultades para llegar a conclusiones comparables con la escala de Piotrowski nos parece útil aprovechar de HERBERT G. BIRCH y LEONARD DILLER que han agrupado esos diversos problemas en las tres críticas que siguen. La primera se refiere al hecho que otras maneras de calificación permiten hacer mejor discriminación que la que logran los signos de Piotrowski; sin embargo está demostrado que aunque algunos métodos alternativos han sido exitosos en una primera investigación, no han superado a la escala de Piotrowski cuando se han aplicado en otras oportunidades. La segunda crítica establece que los signos de Piotrowski no permiten determinar el diagnósico diferencial. La tercera, última y más importante señala que esa escala produce muchos resultados falsos negativos, o sea que muchos casos con daño cerebral no muestran en el test de Rorschach las peculiaridades correspondientes.

Antes de referirnos a nuestro material damos las listas de signos que hemos aplicado.

ESCALA DE PIOTROWSKI

1. R < 16: Retardo del proceso aperceptivo (en aspecto cuantitativo) incapacidad para sintetizar detalles y totalidad (en aspecto cualitativo).
2. T + 1' : Retardo del proceso aperceptivo.
3. M no más del': Ideación retardada.
4. F + % < 70% Disturbios emotivos; deterioro.
5. P % < 25+ : Desviación de la realidad; es inútil en protocolos extensos por el limitado número de P.
6. Cn.: Confusión mental. Proceso reversible.
7. Rpt.: Tres respuestas similares sin considerar la forma. Puede detenerse por cambio de estructura de las láminas.
8. Imp.: Se reconoce insuficiencia de la respuesta pero no puede retirarse.
9. Plj.: Duda de la autocapacidad.
10. Autom.: Frases automáticas en más de la mitad de las láminas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SIGNOS DE DORKEN Y KRAL

1. M + m > de 2: *M*, ideación activa; *m*, conflictos no resueltos, tensiones, adaptación interna dudosa.
2. k+K+FK > O: Pensamiento original, actividad creadora, consciencia de propia insuficiencia, aprecio de sí mismo.
3. 2 (Fc + FC) > 2: control afectivo, adaptación. Momentos de inseguridad Emotividad vaga.
4. R > 20: Buena capacidad de expansión de la personalidad.
5. S > 0: Tendencia de oposición, terquedad, obstinación atenuadas.
6. F > 20: Capacidad de evaluación lógica. Salud mental. Sentido de la realidad. El equilibrio emocional es regulado por el control intelectual.
7. O + % > 15: Selección del pensamiento con capacidad para pensar de lo simple a lo complicado. Precisión, capacidad de engramas.

Material y método. Hemos tomado 21 enfermos de los que eran enviados por otros médicos al Departamento de Psiquiatría del Hospital de Policía o a la consulta privada, con el propósito expreso de conocer la personalidad del paciente mediante el Rorschach. Para efectuar nuestro cometido nos hemos concretado a recoger el protocolo según la técnica de Klopfer, a analizarlo y a informar. Es decir hemos funcionado a ciegas con el fin de comprobar si el diagnóstico neuroquirúrgico era corroborado por el Rorschach mediante el uso de la escala de Piotrowski. Para evitar la influencia de la preparación sugestiva y para practicar una comparación más adecuada y valiosa aplicamos el Rorschach ciego no sólo a sospechosos de tumores intracraneanos sinó también aquellos que tuviesen otras afecciones orgánicas o psicológicas. En la revisión de las historias clínicas hallamos casos de diagnósticos de demencias proseniles, parálisis general progresiva, arterioesclerosis etc. Eliminamos a estos para poder trabajar con un grupo homogéneo de pacientes que tenían el diagnóstico clínico correspondiente a síndrome tumoral. De este modo se reunieron 21 casos de los cuales todos recibieron el Rorschach, 5 fueron autopsiados,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

5 fueron operados y 4 fueron sometidos a procedimientos especializados de exploración neurológica. Se puede apreciar esto en la relación que sigue donde se indica el diagnóstico médico y el resultado del Rorschach.

A) *Cisticerosis* (8)

Cisticerosis racemosa	Autopsia	Lesión orgánica
Cisticerosis racemosa		Lesión orgánica
Cisticerosis quística difusa	Autopsia	Negativo
Cisticerosis quística	Autopsia	Lesión orgánica
Cisticerosis quística diagnosticada con el test de fijación del complemento.	Autopsia	Lesión orgánica
Cisticerosis	Autopsia	Lesión orgánica
Cisticerosis de fosa posterior	Operado	Lesión orgánica
Cisticerosis quística difusa		Lesión orgánica

B) *Meningiomas* (3)

Meningioma de la convexidad frontal derecha.	Operado	Lesión orgánica
Meningioma parasagital frontal derecho.	Operado	Lesión orgánica
Meningioma parasagital parietal posterior izquierdo.	Operado	Lesión orgánica

C) *Absceso* (2)

Absceso cerebral del lóbulo frontal derecho cerca al pié de la 3a. y 4a. circunvolución frontal derecha	Operado	Lesión orgánica
Absceso cerebral	Falleció	Negativo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

D) *Tumores ventriculares* (2)

Sospecha de tumor ven- ventricular	Neumoencelografía: Imágen redondeada del VLD.	Negativo
Sospecha de tumoración ventricular derecha.	Neumoencelografía: Imágen redondeada en ventriculo derecho.	Negativo

E) *Higromas* (2)

Hemiatrofia cerebral izquierda. Higroma	Neumoencelografatrofia cortical izquierda.	Lesión orgánica
Hemiatrofia cerebral derecha. Higroma.	Neumoencefalografía: hidrocefalía unilateral. Atrofia tical.	Lesión orgánica

F) *Neoformaciones* (3)

Neoformación intracraneana		Lesión orgánica
Neoformación intracraneana	Autopsia	Lesión orgánica
Neoformación intracraneana		Lesión orgánica

G) *Otros* (1)

Proceso cerebral orgánico degenerativo		Lesión orgánica

Cada protocolo se trabaja con los signos de Piotrowski y de este modo se encontraron 17 casos que tenían 5 signos o más, o sea que de acuerdo a la escala aplicada eran orgánicos. Los cuatro casos restantes no presentaban signos de organicidad según la escala de Piotrowski. Esto significa que de acuerdo a la norma clásica consideramos que hay síndrome orgánico cuando se presentan los siguientes signos, preferentemente en el siguiente orden: F+ %, M,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Nº de R T, perseveraciones, frases automáticas; siguen en importancia: Imp. Cn, y perplejidad.

Si se comparan los diagnósticos clínicos verificados con diferentes procedimientos de examen con el resultado Rorschach resulta que hay concordancia entre los primeros y los últimos, con excepción de los siguientes cuatro casos.

Cisticerosis quística (1) absceso cerebral (1) y sospecha de tumor ventricular (2). En uno de los enfermos con cisticerosis se hizo la comprobación clínica correspondiente. Esto hace suponer que como los procesos intracraneanos estudiados no han comprometido seriamente el encéfalo, preferentemente la corteza, el Rorschach no pone en evidencia el comportamiento orgánico de Piotrowski no son capaces de revelar la extensión y profundidad del daño orgánico.

Frente a estos hechos aplicamos la escala de Dorken y Krai encontrando que en los 17 casos que la escala de Piotrowski señalaba daño orgánico la de Dorken y Kral no revelaba conservación de la personalidad; por el contrario habían tres signos reveladores de ausencia de daño orgánico en cada uno de aquellos cuatro casos en los que a pesar de ser negativos en la escala de Piotrowki era evidente, por la clínica, que sufrían de lesión orgánica. Se comprende que el estudio de este fenómeno requiere mejor estudio y escapa de los marcos de la presente nota.

RESULTADOS

1.— Nº de R: 66%; 2.— T: 85%; 3.— F†: 90%; 5.— P%: 23%; 6.— Cn: 9.5%; 7.— Perseve.: 57%; 8.— Imp: 14%; 9.—Perplej.: 4.7%; 10.— Las. Autom.: 52%.

Entre otras cosas los resultados logrados al aplicar la escala de Piotrowski, nos indican que las críticas que se le hacen, sobre todo la que corresponde a los "falsos negativos", tienen base práctica. No obstante que la proporción de falsos negativos es escasa (4 casos sobre 21) vale la pena hacer algunos comentarios ya establecidos por H. G. Birch y L. Diller. Se piensa que muchos casos falsos negativos tienen su origen en el concepto de organicidad que no es neurofisiológico sino que implica conducta, comportamiento. Es

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

decir que existen modelos de conducta y funciones fisiológicas que son resultante de daño cerebral. Este fenómeno no puede negarse pues es evidente que la conducta que abarca tal concepto no se produce sin lesión cerebral. Pero el fenómeno opuesto no se presenta siempre, es decir no puede afirmarse que el daño cerebral provoque organicidad en la conducta. Estos hechos sugieren que la organicidad en la conducta es consecuencia de *alguna* clase de daño cerebral y no de otros tipos de daños cerebrales.

Por esta razón cuando WALTON estudio la validez del Rorschach para el diagnóstico diferencial de la patología intracraneana señaló que los signos de Piotrowski indicaban la presencia de daño cerebral siempre que ellos no se acompañasen de retardo mental ni de muestras de severa deprivación cultural. Por el contrario, no puede afirmarse que hay ausencia de daño cerebral si el Rorschach no revela signos de organicidad. Si esto es así, es probable que la discordancia que, según hemos anotado, se encuentra entre los resultados de los diferentes investigadores se debe a que se vincula la conducta con un daño anatómico cuando lo más adecuado, como precisa BIRCH y HEBB sería relacionar la conducta con modalidades fisiológicas de funcionamiento cerebral. Que los disturbios del comportamiento son consecuencia de alteraciones fisiológicas y no de otras anatómicas en las que se lesiona el tejido como tal está revelando en una serie de investigaciones con animales y en el trabajo clínico. Dejando de lado las primeras, el segundo enseña que los trastornos de conducta son menos intensos cuando se hacen hemisferoctomías para tratar hemiplejias infantiles asociadas o no a convulsiones; en cambio los trastornos de conducta son mucho más notorios cuando se interviene el cerebro para extirpar quirúrgicamente — como lo ha hecho PENFIELD — pequeña cicatrices determinantes de accesos epilépticos. También está demostrado que los signos físicos y psicológicos reveladores de daño cerebral pueden ser determinados poco antes o inmediatamente después de una crisis de G. M. y no en otros momentos.

Estos estudios destacan el hecho de que el grado de disturbio fisiológico puede producir dos fenómenos. Por un lado, puede ocurrir que el defecto de conducta quede limitado al tejido destruído sin producir ninguna otra interferencia activa con el funcionamiento cerebral y por consiguiente sin que se manifiesten signos de organi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cidad en nivel psicológico. Tal fenómeno que se denomina substantivo ocurre en cuatro de nuestros casos. Por otra parte el grado de disturbio fisiológico puede estar en total desproporción con la cantidad de tejido destruído de tal manera que su actividad agrega nuevas dimensiones fisiológicas al funcionamiento cerebral y por lo tanto se producirían trastornos de conducta manifiestos que se expresarían en los llamados signos orgánicos. Este mecanismo se ha denominado aditivo y de presenta en los 17 casos restantes.

Si se admiten estos hechos, los signos de Piotrowski sólo serían valiosos indicadores de disturbios en los casos que presenta lesiones cerebrales que implican cambios fisiológicos activos aditivos. Pero los signos de Piotrowski no serían característicos de sujetos que portan lesiones cerebrales que son primariamente substantivas en naturaleza. Esta sería una nueva manera de apreciar la validez del Rorschach en el sidrome orgánico. Y este afronte, al igual que otros, revela que si bien el Rorschach aunque en muy pequeña proporción puede dejar de dar signos orgánicos allí donde existe patología intracraneana, cuando en un psicograma se encuentran los signos orgánicos, cualquiera que sea la escala empleada, se debe considerar que la probabilidad de lesión intracraneana es muy grande y no se debe omitir esfuerzo alguno para confirmarla.

Si se tiene en cuenta que la aplicación del Rorschach no entraña ni peligro ni sufrimiento para el sujeto, se puede deducir su enorme utilidad en aquellos casos de negativa a exploraciones más complicadas.

Para terminar es oportuno señalar que tal como ocurre con cualquier técnica, las opiniones acerca del empleo estan divididas. Frente a quienes postulan que el Rorschach es carente de valor se encuentra la gran mayoría que reconoce la utilidad y las ventajas del método en manos expertas. No faltan los que como Fisher o Gonda, son muy optimistas al afirmar que el Rorschach como procedimiento aislado, es superior a la mejor técnica neurológica individual para detectar la presencia de enfermedad cerebral y por esto garantiza su empleo entre los procedimientos de consulta del neurólogo clínico. Nosotros, en una situación que nos parece más real, consideramos que el Rorschach por sí solo no es un instrumento específico de diagnóstico. No olvidando sus limitaciones debe de considerarse que manejado por profesionales idóneos es un auxiliar muy va-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lioso en el diagnóstico de lesiones orgánicas intracraneanas. Además cabe recalcar que no solo es útil para corroborar los hallazgos clínicos sino también para proporcionar guías para la realización de otros métodos de diagnósticos. Nos parece que en vista de lo dicho, el psiquíatra y el neurocirujano deben emplear el Rorschach como medio auxiliar, del mismo modo como se emplean los rayos X y otras técnicas de exploración.

SUMMARY

On the present works it is verify the usefulness of the signs of Piotrowsky by means of the comparison with the Dorken and Kral scale, in a group of patients, and it is arrive to the conclusion that such signs would only serve to hint physiological disturbs added to the cerebral hurts.

RÉSUMÉ

Dans ce ravail on verifié l'utilité des signes de Piotrowsky au moyen la compareson avec l'échelle de Dorken et Krel, dans un groupe des malades et on arrive a la conclusion de que tel signes serviraient seulment pour indiquer des desordres physiologiques consecutifs aux lésions cérébrales.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die Verwendbarkeit der Piotrowskyschen Zeichen gzeigt, durch die Vergleich mit der Skala von Dorken und Pral und es wird die Schlüsse gezogen, dass solche Zeichen nur un die nach den zerebralen Verletzungen physiologischen Störungen zu zeigen gelten würden.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NOTICIAS DE LIBROS

MANUEL CABALEIRO GOAS: *La psicopatología de las relaciones interpersonales.*— Un volumen en 8º, de 48 páginas.— Imprenta Frago, Orense, 1963.

El presente trabajo trae una visión rápida de lo que la psicopatología de las relaciones interpersonales ofrece a la psicopatología general y a la psiquiatría clínica.

El A. define a la Psiquiatría como la rama de la Medicina que estudia los transtornos de las relaciones interpersonales en cuanto que constituyen una manifestación anormal o morbosa del hombre en quien se observan. Plantea luego los conceptos básicos en la etiopatogenia de los transtornos de las relaciones interpersonales, primero en forma general, después en los distintos sindromes psiquiátricos: pacientes con procesos orgánico cerebrales, esquizofrénicos, maníaco-depresivos, portadores de desarrollos paranoides, de reacciones exógenas de Bonhoffer, neuróticos y psicópatas. Hace hincapié, para terminar, en la trascendencia de esta problemática psicopatológica y señala el valor que ésta tiene en el orden psicopatológico y clínico; es decir, en el de la captación de las alteraciones de esta clase que el paciente que estudiamos ofrece, lo cual constituye una excelente orientación desde el punto de vista de la tarea diagnóstica, terapéutica y asistencial.

M. GARCIA TROVATO

J. LOPEZ DE LERMA: *Problemas en torno a la depresión.*— Un volumen en 8º, de 112 páginas, Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1962.

Desde Hipócrates que fue el primero en encuadrar la depresión como entidad clínica hasta nuestros días, es evidente que en su larga evolución, esta enfermedad refleja como ninguna, las ideas filosóficas y el pensamiento psiquiátrico de las distintas épocas. Hoy, la psiquiatría es esencialmente terapéutica y a la vez doctrinal. Más, ocurre que la depresión, no obstante, su raimgambre humana, que hace de ella la enfermedad antropológica por excelencia, a menudo es desvirtuada a manos de interpretaciones especiosas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El libro que comentamos tiene la ventaja de poner orden en dicha confusión. Es una obra delineada clínicamente. Las doscientas historias que sirvieron de base han sido estudiadas con criterio temporal, y tal afronte, ha permitido al Autor establecer el curso fásico de los diversos tipos de depresión, a la par que, sin menoscabo de los síntomas mismos, señalar las característica clínicas de cada una. En los dos primeros capítulos revisa los conceptos relativos al diagnóstico y a la psicopatología. En los siguientes señala los síntomas propios de cada tipo de depresión. Es particularmente interesante, a este respecto, la tendencia que compartimos, de no establecer diferencias tajantes entre el problema de la psicogenia y el asidero orgánico de las depresiones. En efecto, en las depresiones reactivas o psicógenas existen, de modo evidente, componentes orgánicos que no es posible ignorar, a punto tal, que los conceptos de endógeno y psicógeno resultan, a veces, problemáticos.

En los siguientes capítulos analiza con rigor conceptual lo relativo a los puntos de vista de psicoanalistas, se refiere a las depresiones exógenamente provocadas, a las psicosis marginales, a la depresión básica, a las timopatías y a las distimias endoractivas, y finalmente, nos presenta tanto un resumen, cuanto la síntesis de los 200 casos, motivo del presente trabajo.

En resumen, un libro importante, científicamente ortodoxo, cuya lectura recomendamos.

SEGISFREDO LUZA

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE REVISTAS

F. RODRIGUEZ SANABRA Y A. GOMEZ MASCARAQUE. — "Personalidad y nivel de aspiración: Relaciones entre el nivel de aspiración en una prueba de punteado y los factores de la personalidad apreciados por el cuestionario C.E.P.— *Archivos de Neurobiología*, 2: 163—176, 1963.

En la literatura psicológica se define el nivel de aspiración como el objetivo que un individuo se compromete explícitamente a alcanzar en una tarea que le es familiar y de la que conoce los resultados que ha logrado en ocasiones anteriores. Dicho nivel puede ser elevado o bajo, aún en personas que posean la misma suma de aptitudes y se ha demostrado que la reacción de elevar el nivel de aspiración después del éxito y de descenderlo después del fracaso, se debe a factores provenientes del medio ambiente y a factores personales. Del análisis de estos últimos se ocupa el presente trabajo. Cada una de los cinco o diez ensayos de la tarea escogida, expresa sus resultados en tres puntuaciones distintas, que raramente coinciden: Aspiración (A), Estimación de lo realizado (E) y la Realización en sí (R). Son importantes además, dos discrepancias: Discrepancia de Objetivo (DO): expresa la influencia que la realización previa tiene sobre la aspiración venidera y se obtiene con la fórmula Anl—Rn (siendo "n" el número de ensayos realizados); Discrepancia de Juicio (DJ): es índice del concepto que el sujeto tiene de su propia ejecución y se halla restando En—Rn. Cuando los promedios de A y E sobrepasan a R, las discrepancias son positivas y viceversa. Luego de la revisión bibliográfica pertinente, los autores dan cuenta de su aporte. Cincuenta alumnos universitarios con edades entre 26 y 35 años fueron objeto del cuestionario de personalidad C.E.P. (control emocional extraversión y tendencias paranoides) y de una prueba consistente en poner puntos de izquierda a derecha y de derecha a izquierda en un papel, lo más de prisa que pudieran, durante 30 segundos, después de que establecieron su A sobre la base de la información de que podían realizar 100 a 150 puntos. Luego se les pidió que estimaran su realización y contasen los puntos realizados; acto seguido establecieron una nueva estimación para el ensayo siguiente y se repitió así el proceso por cinco veces consecutivas. Los resultados permitieron puntua-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lizar que: 1) Los sujetos con DO altas y positivas eran menos extravertidos que aquellos con DO positivas bajas y negativas; 2) Los sujetos con DO altas y negativas mostraban una buena estabilidad emocional; 3) los sujetos más productivos en el test de punteado presentaban mayor estabilidad emocional que la mitad de la muestra menos productiva; 4) Los extravertidos tenían también DJ positivas y negativas bajas y los introvertidos, altas y negativas; 5) no se encontraron relaciones definidas entre las tendencias paranoides apreciadas por el cuestionario y las puntuaciones del nivel de aspiración, pero los sujetos con DO altas y negativas eran los menos paranoides de la muestra. La prueba permite en general delinear la existencia de dos factores en la determinación del nivel de aspiración: "una cognitivo, dependiente del conocimiento que el sujeto tenga sobre sus posibles rendimientos y de su capacidad para establecer juicios de probabilidad, y otro, emotivo y actitudinal que revela, cuando menos parcialmente, la estructura de la personalidad, suponiendo que el primero es más o menos invariable". Esta hipótesis es realmente atrayente, pero no toma en cuenta, al pretender generalizar, la revelación contínua a que se somete el mismo individuo, no tanto por diferencias de intereses de personas o de edades, cuanto por la variabilidad de los ambientes en que se desenvuelve a lo largo de su vida y el grado de participación que el yo tiene en todos ellos. En otras palabras, el conocimiento del sujeto sobre sus propios rendimientos es una variable más que dificulta toda posible conclusión cuantitativa, si bien no aleja la última correlación con le C.E.P. que establece este trabajo.

Renato ALARCON GUZMAN.

PSICOLOGIA MEDICA

C. ALDRICH.— "La pena del paciente que va a morir". *Nicaragua Médica*, 19: 177—183; 1963.

En el presente artículo el A. expone que en el paciente en trance de muerte emergen dos tipos de reacciones emocionales que son: el miedo a la muerte y la pena de morir, los que varían de un paciente a otro y en el mismo paciente a medida que su mal avanza. Con respecto a lo primero, afirma que la experiencia Clínica indica que una personalidad bien constituida difícilmente acepta con ecuanimidad la idea de su propia muerte, mucho menos si ha logrado éxito en la vida y subitamente se ve cortado en su proyecto de existir. Si muchas personas, dice, parecen esperar la muerte con resignación, no es que en el fondo están resignadas, sino que mas bien se han rendido ante ella después de una lucha desesperada donde la experiencia de la dolencia los hace preferir la muerte, ya que, para ellos, es poco lo que les queda por perder. De igual modo señala, según los datos de la clínica, la fe en la existencia de un mundo mejor en el mas allá, no ayuda al paciente a aceptar la muerte con serenidad y resignación. Con respecto a lo segundo, que para el A. es un estado emocional que se presenta tanto en el paciente en trance de muerte cuanto en los que lo rodean, ya

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sean parientes o amigos, debido a la pérdida de las relaciones humanas, es más intenso en el paciente que en éllos, quienes pierden solamente una de sus muchas relaciones mientras que el paciente en trance de muerte está en peligro de perderlas todas. Para algunos, afirma el A. este hecho es más trascendente para el paciente que el mismo miedo a la muerte, lo que explica por qué es mas fuerte el impacto de encontrarse en un estado de muerte inminente en personalidades bien constituidas, puesto que sus relaciones humanas son mayores que en los que no lo son. Sobre estos conocimientos el A. puntualiza la responsabilidad del médico de informar al paciente o no, de su muerte inminente; considera que a esta decisión debe llegar después de valorar la personalidad de cada paciente, su temor a la muerte y la pena de morir, sobre todo si se tiene en cuenta que algunos se inclinan por lo primero, exceptuando a los que no estan en condiciones de soportarlo y otros a no hacerlo, exeptuando a los que están en condiciones de conocer la realidad de su vida. El médico, añade, debe informar al paciente de su gravadad, pero al mismo tiempo debe disminuir su temor por un futuro incierto, de tal modo que se sienta seguro y temeroso a la vez, de suerte que pueda más tarde afrontar la idea de su muerte. Un enfoque de este tipo sobre sus problemas, hace que surja en él la negación de la realidad, si es que lo necesita, y a la vez la aceptación de su situación en trance de muerte. El artículo presenta tres esquemas que ilustran la posible ruptura de las relaciones interpersonales entre el paciente y los que lo rodean.

Julio MORALES.

JON E. GUSTAFSON, G. WINOKUR Y S. REICHLIN.— "Tre effect of psychic sexual stimulation on urinary and serum acid phosphatase and plasma nonesterified fattty acids". (El efecto de la estimulación psico-sexual sobre la concentración sérica y urinaria de la fosfatasa ácida y sobre los ácidos grasos no esterificados del plasma) *Psychosomatic Medicine* 25: 101—105; 1963.

Clark y Treichler, encontraron que la excitación psíquica, sexual o no sexual, produce un aumento de la fosfatasa ácida en la orina de hombres jóvenes, por estimulación colinérgica sobre los nervios erectores los cuales estimulan a la próstata. Trabajos recientes han demostrado también que los niveles séricos de ácidos grasos no esterificados, varían con las emociones debido a un mecanismo de lipolisis por estímulo simpático adrenal. El objeto del presente trabajo es comprobar los hallazgos arriba mencionados, para lo cual se tomó un grupo de 7 mujeres y 17 hombres entre los que habían 3 homosexuales a todos los que se les hizo determinaciones, en sangre y orina, de fosfatasa ácida y ácidos grasos no esterificados, antes y después de ser sometidos a un experimento, que consistió en producir excitación psico-sexual, por medio de una película sobre relaciones heterosexuales, a continuación de la cual llenaron un cuestionario, para averiguar si habían sido excitados o no y para indagar sobre los cambios orgánicos que acompañan a la excitación sexual. Todos manifestaron

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

haber sido excitados; se observó marcado aumento de la fosfatasa ácida urinaria tanto en los hombres como en las mujeres, mucho más en los primeros; solamente en 5 no hubieron modificaciones, de los que 2 eran homosexuales. No hubieron cambios en la fosfatasa ácida sérica, posiblemente porque no hubo pasaje suficiente de la próstata a la sangre; en 5 de los 8 hombres en que se dosaron los ácidos grasos no esterificados hubo un aumento marcado, en los 3 restantes disminuyó la concentración sérica. Los resultados confirman la hipótesis arriba señalada.

Julio MORALES

EUGENE E. LEVITT, HAROLD PERSKY, JOHN PAUL BRADY & JOSEPH FITZGERALD.— "The effect of hydrocortisone infusion on hypnotically induced anxiety" (El efecto de la administración de hidrocortisona sobre la ansiedad inducida hopnoticamente). *Psychosomatic Medicine* 25: 158—161 1963.

El objeto de éste trabajo es comprobar la hipótesis de que la administración de altas dosis de hidrocortisona intensifica la ansiedad después de estimulada su producción. Para esto los A.A. tomaron un grupo de 16 estudiantes de enfermería, en quienes se podía inducir facilmente el trance hipnótico y que no presentaban manifestaciones psicopatológicas evidentes. Todos fueron hipnotisados y a un grupo se le administró hidrocortisona y al otro un placebo, induciéndoles ansiedad, para luego producirles alivio de ella y terminar luego el trance hipnótico. En el grupo que recibió hidrocortisona la ansiedad persistió a pesar de la inducción de alivio, no asi en el que recibió un placebo donde terminó antes. No se notó diferencia apreciable en la intensidad de la ansiedad en ambos grupos.

Julio MORALES

E. POSER Y G. LEE.— Thematic content associated with two gastrointestinal disorders. (Contenido temático asociado con dos transtornos gastrointestinales) *Psychosomatic Medicine* 25: 162—173; 1963.

Dunbar, Brown y otros, utilizaron las pruebas proyectivas en el estudio de la personalidad de pacientes con enfermedades psicosomáticas, basándose en la teoria de Alexander, quien afirma que las disfunciones vegetativas resultan de una constelación emocional específica y que conociendo ésta, se pueden diferenciar los pacientes que sufren de diversas disfunciones vegetativas. En este trabajo se estudiaron un grupo de pacientes con úlcera duodenal y otro con colitis ulcerativa, comparados con un grupo de comparación de sujetos sanos. El primero estaba constituido por 30 pacientes de consultorio externo, con diagnóstico radiológico, con sintomas desde hacía 7 años por término medio, con una edad media de 40 años, 24 de los cuales habían recibido solamente tratamiento médico y 6 quirúrgico. El segundo constituido por 30 hombres, con diagnóstico clínico, de laboratorio y rectosignoidoscópico, con síntomas desde hacía 8 años promedio,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

con edad media de 39 años, de los cuales 19 habían recibido tratamiento médico y 11 quirúrgico. El tercero constituido por 30 voluntarios sanos, sin trastornos gastrointestinales y sin haber recibido en ninguna oportunidad atención psiquiátrica y cuya edad promedio era de 39 años. Llama la atención la homogeneidad de los tres grupos, notándose como cualidades comunes, además de las señaladas las siguientes: igual número de hombres y mujeres, edades homogéneas, igual grado de instrucción, todos eran pacientes de consultorio externo, trabajaban activamente, tenían el mismo nivel socio-económico, los dos tercios de cada grupo eran casados. Los tres grupos fueron sometidos a la prueba de apercepción temática, por una parte por ser el método más objetivo para la investigación de la personalidad, porque se pensaba que las diferencias de los dos grupos a comparar era tal, que podrían manifestarse en esta prueba y por otra con la consideración de si se encontraban diferencias marcadas en ambos grupos, podrían usarse para la identificación de personalidades. Cada persona fue sometida a 5 láminas del T.A.T., las que fueron escogidas, teniendo en cuenta, la fácil identificación por elementos de ambos sexos y que estimulen la expresión de potencialidades de la personalidad que sirva para diferenciar a ambos grupos. Los resultados de este trabajo, que no pueden ser definitivos por tratarse de un grupo pequeño, son los siguientes: El paciente ulceroso se caracteriza por ser un hombre de acción y de realizaciones, por su superficialidad, por la pérdida de la imaginación creativa y por la aparente incapacidad y falta de voluntad para establecer relaciones sociales con el grupo en que vive. No se encontraron manifestaciones de inusitada hostilidad como señala haber encontrado Paulson y Conn. El paciente con colitis ulcerativa se caracteriza por su actitud de pasiva complacencia, por evitar actitudes de violencia o de conducta antisocial, resalta con el resto del contenido de la descripción y que es interpretada por Rotter, como que en la primera parte de ésta se representa el desagrado de sus experiencias pasadas y en la parte final el deseo de como quisiera que fuesen las futuras.

Julio MORALES.

RETTERSTOL N. & SUND A.—"Psychosomatic aspects of ulcus disease illustrated by material from a Psychiatric Clinic" (Aspectos psicosomáticos de la enfermedad ulcerosa ilustrados por casuística de una Clínica Psiquiátrica). *Journal of Neuropsychiatry*, 3: 345-366, 1962.

Sin dejar de ser todavía una hipótesis en la investigación clínica psiquiátrica, la influencia de las tensiones emocionales en el desarrollo de la úlcera péptica, continúa atrayendo poderosamente el interés de numerosos autores y es campo favorable para la especulación de la llamada medicina psicosomática. Desde la época en que Cushing, luego de una operación sobre el cerebro, provocó la formación de procesos ulcerativos agudos en esófago, estómago y duodeno, se han multiplicado los estudios descriptivos y dinámicos y el uso de métodos psicológicos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

especiales enderezados a la precisión de la estructura personal del paciente ulceroso.

Así, "en un intento de hacer luz sobre los posibles mecanismos psicológicos en la úlcera", los AA. informan de sus investigaciones sobre 111 pacientes con úlcera péptica, o sea el 5.5% de 2027 hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Oslo, entre abril de 1956 y marzo de 1959. A través del estudio comparativo de estos 111 pacientes, con igual número de hospitalizados por otras causas (grupo control) y con 47 pacientes asmáticos, R. y S. analizan y tabulan la situación conyugal, la presentación de úlcera y otros procesos denominados "psicosomáticos", en el medio familiar, el diagnóstico de personalidad premórbida y las condiciones de la infancia y del hogar a lo largo de toda la vida de los pacientes. Confirman la conexión de psiconeurosis, psicopatías y psicosis reactivas con la úlcera péptica y dividen su casuística en siete grupos de acuerdo a la aparición, curso y modificaciones de los síntomas ulcerosos en relación con los desórdenes psíquicos y con intervenciones quirúrgicas tales como resección gástrica o vagotomía. Respaldan la investigación con 62 datos biográficos. El intento de los AA., en tesis general, no llena su cometido. No hay claridad en la sistematización y, clínica y estadísticamente, las conclusiones —muchas de ellas confirmando anteriores hallazgos— no parecen lo suficientemente consistentes. Sin embargo, merece destacarse la concepción de que la úlcera "jugaría un papel en el sistema de defensa de la personalidad" y que su remisión podría ser sólo aparente pues de inmediato se desencadenarían otros disturbios neuróticos o psicóticos. En todo caso, cobran notable vigencia las palabras de Eitinger, transcritas al final del artículo que comentamos: "Solamente unas pocas enfermedades pueden ser debidas a condiciones monocausales. Ninguna constitución ni tipo de personalidad, ni factores ambientales puramente somáticos o puramente físicos, ni la simple suma de estos factores es decisiva. Es la acción recíproca de ellos, su influencia e interacción mutuas, la vida personal como un todo, la que debe estar en el centro de nuestras consideraciones y nuestra atención".

RENATO ALARCON GUZMAN

BARAHONA FERNANDEZ.—"Consciencia, vigilidade e psicofármacos" (Conciencia, vigilia y psicofármacos).— *Actas Luso-españolas de Neurología y psiquiatría*, 1, 1-7, 1963.

Se trata de una comunicación a la Academia de Ciencias de Lisboa. El A, deja claramente establecido al comienzo del trabajo que éste es más bien un ensayo sobre el conocimiento científico a partir de la experiencia terapéutica. Concibe una fina diferenciación de las diversas formas de efectos psicofarcológicos sobre la base de un modelo teórico de organización de la vida mental y de la personalidad, modelo al que dedica buena parte del conato. El problema fundamental para la psicología y la psicopatología —dice— es el siguiente: ¿Es posi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ble reducir todos los procesos de la conciencia a mecanismos encefálicos de vigilia, observados como comportamiento y analizados por la biofísica, la bioquímica y la neurofisiología? ¿O por el contrario, debemos considerar a la conciencia como el proceso de orden "espiritual" de reflexión propia, de funciones éticas y cognitivas, la conciencia del mundo que nos lleva a la conciencia trascendente y a la conciencia absoluta de Husserl?. Expresa que la posición más radical y original fue tomada en 1954 por H. Ey, según el cual, la conciencia no es sólo la función de estar o nó "lúcido", vigil, sino, la organización total de la vida psíquica, encarada a través de un corte transversal de la existencia. B.F. opina que la interacción de todos los procesos que integran la personalidad debe operarse con una cierta jerarquización. Así, llama "fondo endotímico-vital" al conjunto de funciones más diferenciadas de la conciencia que se relaciona con formaciones de los sistemas nervioso central, vegetativo, endocrino, humoral y metabólicos; y denomina "superestructuras de la conciencia" al nivel más elevado de categorías de procesos emocionales e intelectuales con sus variaciones funcionales psicodinámicas y espirituales. La conciencia, así considerada, abarca a la vigilia, que es entonces una subestructura de soporte para la organización global, necesaria pero no suficiente, más fuerte pero menos diferenciada. El A. declara que no concibe un dualismo ni justifica una reducción monista. La realidad es "convergente" e integrativa en un sentido jerárquico, categorial. En este concepto, los fármacos actúan, por así decir, "de abajo para arriba", activando o inactivando las funciones básicas e indirectamente, a partir de este fondo endotímico, las funciones superiores. En el término de "patología mental" considera varios niveles de regresión de la conciencia (coma, torpor, confusión mental Onirismo, estado crepuscular, etc.) y verdaderos "sindromes farmacogénicos" en el ámbito de vigilia-conciencia, de modo que a las modificaciones psicoarmacológicas se agregan las modificaciones comprensivas de otras superestructuras de la conciencia, cuya integración constituye la peculiaridad específica de las actividades humanas.

RENATO ALARCON GUZMAN

C. L. CAZZULLO & G. F. GOLDWURM: "Interazione fra inibitori delle monoamino ossidasi e farmaci psicotomimetici". (Interacción entre inhibidores de la monoamino oxidasa y fármacos psicótico miméticos). *Rassegna di studi psichiatrici*, LI: 979—993, 1962.

Las variaciones en el nivel de serotonina juegan un rol importante en la actividad nerviosa superior. Estudios realizados por Cazzullo, Terranova y Aprison y Ferster, han demastrado que algunas modificaciones de serotonina endógena determinada por el suministro de 5—hidroxitriptofano. Esto es más evidente si al 5—hidroxitriptofano se agrega el suministro de Iproniacida. En el presente trabajo los AA. comparan los efectos sobre los reflejos condicionados, el comportamiento y la tensión afectiva de ratas, utilizando una indolamina de tipo fisiológico (serotonina) y otras con propiedad psicótico mimética (LSD 25, Psi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

loscibina). La serotonina determinó una inhibición de los reflejos condicionados, una disminución de la tensión emotiva y de la temperatura corporal. Los fármacos psicótico miméticos incrementaron éstos. Los mismos animales tratados previamente con un inhibidor de la monoamino oxidasa (Iproniacida 100 mgrs/k) respondieron a las sustancias en forma muy diversa. Los efectos de la serotonina se potencian con la Iproniacida, según lo observado por Cazzullo y Aprison. La alteración de los reflejos condicionados provocada por los fármacos psicótico miméticos no se produjo en animales tratados con Iproniacida; así mismo, la tensión emotiva y la temperatura corporal no fueron influenciados en forma evidente. Los AA. explican el antagonismo entre la Iproniacida y los fármacos psicótico miméticos con la hipótesis de una competencia entre los fármacos psicótico miméticos y las aminas biógenas cerebrales aumentadas por inhibición de la monoamino oxidasa. Ilustran el artículo seis cuadros en los cuales se aprecia en forma gráfica las variaciones de reflejos condicionados, comportamiento, tensión afectiva y temperatura corporal, con los diferentes fármacos usados.

Maita GARCIA TROVATO.

CHARLOTTE BÜHLER: "Considerations about the role of values and beliefs in human life" (Consideraciones acerca del papel de los valores y las creencias en la vida humana), *Journal of Existential Psychiatry*, 2: 147-174, 1961.

Evidentemente la investigación psicopatológica pudiera obtener notable provecho del estudio de la estimativa para la comprensión de muchos fenómenos; de igual modo una psicoterapia verdaderamente profunda pudiera sacar grandes resultados si se fundase en el conocimiento efectivo de ella; sin embargo, hasta la actualidad poco se ha andado en los dos sentidos por lo que se abren amplias perspectivas de trabajo. De todos modos cuando se intente seguir estos rumbos es necesario obligatoriamente tomar la enseñanza de los filósofos en cuanto conocimiento psicológico y, a veces, hasta psicopatológico nos hayan proporcionado para no comenzar a andar caminos que ya se han recorrido con frecuencia. Muchos casos de la clínica pueden ser vistos con más profundidad si nos valemos de todas esas contribuciones. Los casos que presentan la autora, gran conocedora de la psiquiatría infantil, a la que ha proporcionado notables aportes, son sumamente instructivos y permiten ver con claridad el enderezamiento hacia determinados valores y los conflictos que surgen en relación con la calidad de ellos y con ciertos rasgos del carácter de los individuos. Pero, las cuatro tendencias consideradas como básicas por Ch. B., o sea la satisfacción de las necesidades, la adaptación que se limita a si mismo, la expansión creadora y la defensa del orden interno, y que utiliza para la comprensión de sus casos y de los que trascribe de la literatura nos parece que son elementales y el conjunto una manera simplista de enfrentar el problema de la estimativa en la psicopatología y en la psicoterapia. Sin embargo, los procedimientos de los que se vale para explorar

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la valoración en el caso concreto, por su sencillez y porque alcanzan la meta propuesta merecen ser utilizados para estos fines.

Grover MORI.

SOLOMON MACHOVER, FRANK S. PUZZO & FRANCIS E. PLUMEAU: "Values in alcoholics" (Los valores en los alcohólicos). *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 23: 267—273, 1962.

En los últimos tiempos se ha despertado un interés particular por correlacionar la estimativa con las entidades nosológicas psiquiátricas. En este sentido los AA. del presente artículo han sometido a estudio dos hipótesis al respecto: que la distribución de la "energía valorativa", vale decir. de la valoración, en el individuo es más desigual en el alcohólicos en remisión, miembros de la sociedad alcohólicos anónimos, tienen un mayor interés por los valores sociales y religiosos que aquellos de la misma sociedad, pero, que recaen periodicamente. Emplearon tres grupos de examinados: 23 miembros de Alcohólicos Anónimos que habían permanencido sobrios a la bebida por lo menos dos años, 23 también de Alcohólicos Anónimos que habían fracasado hasta por seis meses consecutivos y 23 sujetos normales de comparación. Todos tenían raza, edad, cuociente intelectual e instrucción semejantes, Emplearon el estudio de valores de Allport-Vernon-Lindzey que considera los seis géneros de valores de SPRANGER. Los resultados confirmaron la primera hipótesis en el sentido que había mayor dispersión intraindividual de los valores en los dos grupos de alcohólicos juntos que en los normales; en cambio la segunda hipótesis fue refutada ya que los perfiles de la estimativa en los tres grupos era idéntico. Estos resultados evidentemente son comprensibles si se tiene en cuenta que todos los sujetos presentan las tendencias valorativas como disposiciones de la personalidad mas que como adquisiciones del medio ambiente, de allí que no queda presentarse una mayor inclinación por los valores sociales o religiosos en un grupo que en otro como dependencia exclusiva de la frecuencia de las recaídas; en tanto que la primera hipótesis puede verificarse puesto que en cualquiera de los grupos de alcohólicos las tendencias valorativas pueden hacerse desiguales pero dentro del genero correspondiente. El tema examinado es importante por lo que sus investigaciones en los alcohólicos son dignos de profundizarse, sobre todo en el sentido de verificar la orientación valorativa personal predomidante en cada caso para ser utilizado en la psicoterapia individual o de grupo de una sola tendencia valorativa.

Grover MORI.

PSICOPATOLOGIA Y NEUROPATOLOGIA

G. FOSSI & G. CAMPANLLA: "Sull'arofia cerebrale degli alcoolisti cronici" (Sobre la atrofia cerebral de los alcohólicos crónicos), *Rassegna di studi psichiatrici*, 4: 421—434, 1963.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Las observaciones anatomopatológicas y neumoencefalográficas han demostrado la gran frecuencia de signos de atrofia cortical en alcohólicos crónicos. En el presente trabajo los AA. ofrecen el estudio neumoencefalográfico de quince pacientes alcohólicos crónicos menores de cuarenta años de edad. En un sólo caso no se hallaron signos patológicos; en seis se evidenció dilatación de los espacios subaracnoideos y, en dos, dilatación ventricular; en los seis casos restantes se observó dilatación parcial del sistema ventricular asociada con atrofia cortical. El estudio electroencefalográfico no mostró datos interesantes. A este respecto los AA. recuerdan las observaciones de Bradfos y Sagedal que, en 1960, encontraron trazados normales en casos graves de atrofia cortical. El trabajo está ilustrado con dos tablas, seis grabados, y, ofrece abundante bibliografía sobre el tema.

M. García TROVATO.

LEDESMA JIMENO M. A.— "Neuropatología de la afectividad". *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*. 21: 195—227, 1962.

Este trabajo, presentado por el A. al VI Congreso Español de Neuropsiquiatría, ofrece una revisión sesuda del método neuropatológico, el principal, según L., para un enfoque somático de la Psiquiatría. Rompiendo lanzas contra Dilthey por su clasificación metodológica de las ciencias, y contra Jaspers por su empeño en aplicar el principio de causalidad a los fenómenos cerebrales y psíquicos, el A. coincide con Kleist y Heidegger, neuropatólogo y filósofo que hablan de cerebro y psiquismo como dos partes de una totalidad indivisa. Analiza luego el asunto de las localizaciones cerebrales y se cuida mucho de caer en los excesos demarcativos o en las limitaciones teóricas del criterio holístico. Auxiliado por el método neurofisiológico, L. se aleja de una mera yuxtaposición de conceptos psicológicos y estructuras orgánicas, para puntualizar la importancia del hipotálamo como dispositivo emocional, al lado del tálamo, de las conexiones córtico-talámicas, de lá corteza cerebral y del sistema reticular. Pone de relieve la concepción de los circuitos emocionales enunciados por Papep, Pribran, Fernández Molina y Heunsperger, y tipifica al núcleo septal como una "encrucijada emocional". Su aporte personal queda configurado por investigaciones neuropatológicas en el Forschungstellefür Gehirpathologie, dirigido por Kleist, en Frankfurt. Estudia la afectividad en enfermos orgánico-cerebrales (pacientes con tumores de estractos subcorticales tales como sistema estrío-palidal, hipotálamo, tálamo y mesencéfalo, lesionados cerebrales y sujetos con alteraciones cerebro-vasculares), y luego precisa sus hallazgos patológicos. Reconoce la localización de los trastornos afectivos ofrece serias dificultades, especialmente en el caso de los tumores; sin embargo, atribuye excepcional importancia a las lesiones en corteza prefrontal y orbitaria como punto de partida de alteraciones en la conducta ética y social, y a las de la región parieto-occipital (Girus supramarginalis) en la producción de lateraciones del esquema corporal. Desliza por último el concepto de la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

madres solteras y afirma con Lanney, que ellas tienen frente a sus hijos, un comportamiento inestable que se manifiesta tanto por un afecto desbordante, cuanto por una falta de interés. Deplora asimismo la falta de establecimientos de custodia en fábricas y centros de trabajo y se solidariza con la enumeración de los defectos del sistema de "guardería", hecha por Escardó, cuyo concepto de "hospitalismo" comparte plenamente. El A. declara que es menester ayudar a la familia, particularmente a la madre, e instaurar las denominadas "Escuelas de los padres", con tres objetivos fundamentales, según Isambert: Enseñanza de conocimientos y métodos educativos, mejoramiento de las cualidades personales y de la maduración afectiva de los padres y mejoramiento de su integración y de su adaptabilidad social". La ayuda económica y la asistencia sanitaria, física y mental, no deben descuidarse. En resumen, el tema resulta interesante como exposición de un problema al que médicos, psiquiatras, educadores y sociólogos, deben dar la importancia que realmente merece.

Renato ALARCON GUZMAN.

OTTAVIO VERGANI: "*I disturbi del carattere e della condotta nell'etá ecolare*". (los trastornos del caracter y de la conducta en la edad escolar,.— Igiene Mentale. Anno V—Supplemento al fasc. II. Mayo —Agosto. 1961.

El A. acepta la definición que Ballea da de la irregularidad de la conducta, en el sentido de incluir en esta modalidad a todo niño que presente síntomas duraderos de desadaptación al mundo externo y que no sea ni oligofrénico ni psicótico. Su frecuencia seía considerable en el ambiente escolar, que muchas veces pone de manifiesto disposiciones embrionarias a este tipo de perturbaciones. Sería largo enumerar los aspectos que puede tomar la irregularidad de la conducta: inestabilidad, oposición, violencia, nerviosidad, fracaso escolar, mentira, celos, hiperemotividad, robo, miedo, indiferencia afectiva, destención, trastornos sexuales, fugas, conducta delectiva, etc. Se daría este tipo de trastornos de conducta más frecuentemente en los varones y su máxima concentración se daría entre los 8 y 10 años. —Cualquier tipo sería plurideterminado por una convergencia de factores que pueden repartirse en dos categorias: a) factores causales individuales y b) factores causáles extraindividuales (o ambientales).— Los factores frustrantes darían como elementos psicodinámicos de base: sentimientos de inseguridad, angustia, descargas agresivas, sentimientos de culpa, angustia, descarga agresiva etc... trastornos emocionales que condicionarían a la larga más o menos permanentes trastornos del carácter. Pero aqui no paran las cosas. Los disturbios de la conducta del alumno cuando no son individualizadas y puestas en tratamiento constituyen a su vez condiciones susceptibles de promover perturbaciones y frecuentes respuestas de base emotiva irracional, estableciéndose un círculo vicioso en el mismo niño perturbado en sus condiscípulos, en el maestro y en la familia del menor irregular de la conducta.

Emilio MAJLUF.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

estrecha vinculación del sistema extrapiramidal con el lóbulo frontal, asignándole mecanismos de expresión emocional en relación con la esquizofrenia. La parte final del trabajo versa sobre las alteraciones neuropatológicas en psicosis endógenas con manifestaciones afectivas, Ratifica en estudios post-mortem del núcleo-medial de un lado del tálamo, la concepción de la "célula fundiente de esquizofrenia, definiéndola como un" "proceso de alteración neuronal que se extiende en siete estadíos, desde pequeña pérdida de protoplasma neuronal (I) hasta núcleos desnudos de protoplasma y prolongaciones (VII)". En la esquizofrenia, tal alteración se ubicaría preferentemente en los nucleos anterior y dorso-medial, cortex prefrontal, cíngulo y temporal y además en el núcleo pálido-estriado, tratándose de esquizofrenia catatónica. Acepta la reversibiliadad de este trastorno histopatológico en consonancia con hallazgos clínicos, menciona la evidencia de "lesiones químicas, lesiones bioeléctricas y lesiones neuropatológicas" en las enfermedades mentales y tras reconocer "los pobres resultados de gigantescos esfuerzos" postula un '.pensamiento enlazador" orientado a una relación témporo-espacial entre la anatomía cerebral y los trastornos psíquicos, junto al reconomiento de la importancia de la personalidad premórbida y de la influencia del medio. Es en resumen, un buen esfuerzo de agrupación de conceptos neuropatológicos tendiente a ampliar el campo de las verificaciones somáticas en psiquiatría.

Renato ALARCON GUZMAN.

PSICOPATOLOGIA INFANTIL

J. ENDARA.— .'Deprivación materna". *Archivos de Criminología, Neuro-psiquiatría y Disciplinas Conexas*: 41, 3—22, 1963.

En este trabajo, presentado al V Congreso Latinoamericano de Salud Mental (Caracas, 1963), el A. ofrece un certera revisión del fenómeno de la deprivación materna, sindicado como un factor de distorsión en el desarrollo de la personalidad. En el lactante, la carencia de amor materno puede determinar un retardo del desarrollo psicomotor y simular una enfermedad orgánica; en el infante, puede ser el origen de comportamientos inadaptados o regresivos. Según J. Aubry, las manifestaciones clínicas de la deprivación materna abarcarían alterciones reactivas, paros del desarrollo psicofísico, atrofias psíquicas o desintegraciones de la personalidad. Se generarían inhibiciones, agresividad, neurosis obsesivas, demencias y aún psicosis. El período crucial se extiende del 4º al 15º mes según la investigadora francesa y del 5º al 30º según los expertos en Higiene Mental reunidos en 1952. Aun, investigadores discordantes o escépticos como Ausubel no pueden dejar de reconocer que después de los 5—6 meses de edad, la separación brusca de la madre habitual determina consecuencias físicas y psíquicas extremadamente serias en el desarrollo del niño, tales como el conocido sindrome de "depresión anaclítica". E. trata juiciosamente el problema de las

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PSICOPATOLOGIA GENERAL

G. M. BUOSO & B. MILANI: "Rilievi clinico-statistici sull'importanza del lavoro nell'eziologia delle psicosi femmenili" (Relieves clínico-estadísticos sobre la importancia del trabajo en a etiología de las psicosis femeninas), *Rassegna di studi psichiatrici*, 1: 1—14, 1963.

El problema de la etiología de las enfermedades mentales continúa siendo materia de polémicas y múltiples trabajos. En los últimos años se ha dado cada vez más importancia a los siguientes factores. a) la familia y la influencia educativa y formativa de la personalidad; b) la escuela; c) el grupo social; d) el ambiente de trabajo. Este último es analizado por los AA. en el presente trabajo. Después de una breve reseña bibliográfica sobre la importancia del trabajo como posible factor etiológico en el determinismo de neurosis y psicosis, ofrecen al estudio de este problema una contribución estadística llevada a cabo en pacientes hospitalizadas en el hospital neuropsiquiátrico de Treviso durante diez años. Después de elaborar y analizar los resultados obtenidos, concluyen en que el trabajo no puede ser considerado factor etiológico de las psicosis femeninas y abogan a favor de la teoría de la invariabilidad de Jasper. Hacen también la diferencia sustancial y cualitativa entre neurosis y psicosis. Ilustran el trabajo con tres tablas que resumen los resultados obtenidos.

M. GARCIA TROVATO.

A. CIRRINCIONE & A. GUERRA: "Considerazioni sulle sindromi confusionali organiche ad inizio depressivo" (Consideraciones sobre los sidromes confusionales orgánicos de comienzo depresivo), *Rassegna di studi psichiatrici*, 4: 461—470, 1963.

Los AA. presentan el estudio de un caso clínico caracterizado por un cuadro inicial de tipo distímico con evolución hacia un sindrome confusional orgánico y plantean la importancia de hacer un diagnóstico correcto en función de la terapéutica. Después de trazar una breve síntesis del concepto de confusión mental y de la clasificación de las psicosis confusionales orgánicas, citan los numerosos trabajos que se han presentado sobre psicosis confusionales con pródromos distímicos. Para terminar hacen una revisión de los principales criterios que permiten establecer un diagnóstico diferencial tales como: a) la presencia de cuadros distímicos que coexisten con síntomas crepusculares, delirantes, psicosensoriales, psicogenéticamente no derivados de los primeros; b) lo elemental de la sintomatología clínica, pobre en elementos ideativos, monótona, con perseveraciones iterativas; c) la ausencia de una íntima participación de la perso-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nalidad en la experiencia vivida por el sujeto; que se presentan en los cuadros iniciales de los sindromes confusionales orgánicos.

M. GARCIA TROVATO.

JUAN CODERCHS: Adolescencia e Individualización. *Revista de Psiquiatría y Psicologia Médica.* 6: 11—129, 1963.

Afirmando que la adolescencia es una "edad de transición" no se aporta ningún conocimiento paledero. Más demostrativo resulta referirse a ella diciendo que es una etapa con características propias, condicionadas por dos clases de factores: una interna, dado por los profundos cambios hormonales que sufre el organismo y otro externo, representado por el aspecto social que también experimenta modificaciones sustanciales. Ambos marcan la caducidad de viejos elementos y la aparición de otros nuevos en la vida del sujeto que lo van a conducir hacia la configuración de su personalidad. Al ingresar a la edad adulta desaparece en el adolescente la ligazón de tipo infantil con sus padres y en cambio se establecen relaciones en las cuales no existe ya el deseo de gratificación y ayuda, cesa también la rebeldía y la agresividad; toma conciencia de sus deberes y obligaciones así como reconoce sus derechos y prerrogativas. No existe paralelismo entre su maduración intelectual y emocional, de allí surge una situación crítica con honda tensión emocional de la cual se defiende mediante compensaciones. Crea, por así decirlo, un mundo de fantasía y en él halla las satisfacciones que la realidad le niega; en base a sus ensueños diurnos o fantasías del deseo, atenuar ese estado de tensión y evita que evolucione hasta límites peligrosos para su estabilidad psíquica. Sin embargo, este mundo que lo defiende le hace adoptar actitudes inopinadas, incomprensibles para los demás y aún para él mismo; lo convierte en un ser ensimismado, retraído, taciturno, con altibajos en su rendimiento. La invasión de su organismo por hormonas ambisexuales puede crear una situación en la cual las tendencias eróticas estén mal definidas y llegar a tener actitudes incluso de tipo homosexual. Por otra parte, si en el medio familiar y social advierte franca transgresión a las normas que le han inculcado surge un estado de confusión que le impele a buscar soluciones a menudo en discordancia con sus deseos. En este período en que los impulsos sexuales se dirigen al exterior en forma de agresividad, con su secuela de inevitables conflictos, la influencia paternal es altamente decisiva, de ella dependerá que el adolescente adopte reacciones de defensa que pueden orientarse en dos sentidos: la sumisión o la rebelión. Además y en atención a diferentes factores puede llegar a presentar síntomas psicosomáticos, histeroides o psicopáticos. La rebelión, activa a pasiva, puede extenderse fuera del hogar, en la escuela y en la sociedad, ser moderada y limitada o intensa y prolongada, siendo más grave cuando más tarde se presenta. Como las medidas punitivas significan para el adolescente otra forma de autoridad paternal contra la cual se ha rebelado, el

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

delito y el castigo se refuerzan en un círculo interminable. El tratamiento psicoterápico, el único que muestra eficacia, infortunadamente se ve dificultado porque el psiquiatra representa para el adolescente sociopático otra figura hostil revestida de autoridad paternal. El autor ofrece una síntesis de los conocimientos actuales sobre el problema y sus conceptos, aunque no novedosos, actualizan un tema muy sugerente.

Juan G. TOBALINA M.

J. DIXON.— "Despersonalization phenomenon in a sample population of college students" (Fenómenos de despersonalización en un grupo de estudiantes universitarios). *British Journal of Psychiatry* 109: 371—375; 1963.

El A. hace una revisión del síndrome de despersonalización, el que en su criterio comprende: sensación de irrealidad, sensación de enajenación y extrañeza de si mismo y del mundo exterior, transtornos de la propia identidad sin pérdida del contacto con la realidad, sensación de pérdida de afecto o sensación de muerte y la sensación de un espectador de sus propias observaciones. Este síndrome se presenta en las psicosis, neurosis, en ciertos transtornos neurológicos. y en forma transitoria en personas normales. En éstos es más frecuente en los extrovertidos aunque para otros lo es en los introvertidos, en la mujer más que en el hombre y en las personas ansiosas mas que en las psicosis, neurosis, en ciertos transtornos neurológicos, y en forma transitoria en personas normales. En éstos es más frecuente en los extrovertidos aunque para otros lo es en los introvertidos, en la mujer más que en el hombre y en las personas ansiosas mas que en las tranquilas. El objeto del presente trabajo fue hacer un estudio del fenómeno de despersonalización en personas normales, para lo cual se tomaron un grupo de estudiantes universitarios, 69 hombres y 58 mujeres, cuyas edades oscilaban entre 17 y 27 años, los que fueron sometidos a un cuestionario para averiguar si habían experimentado este fenómeno. Hubo un grupo grande con fenómenos de despersonalización y dos grupos pequeños con experiencias místicas y alucinatorias, otros tuvieron experiencias de déjá vu, ideas de referencia, conversación consigo mismo, y sensación de disociación de una parte del cuerpo. Los comprendidos en el grupo mayor fueron 56 estudiantes de un total de 122 ó sea el 46%, quienes presentaron este fenómeno 5 o 10 veces al año. No hubo relación entre éste y la extroversión o introversión en los hombres, pero sí en las mujeres no se observó diferencias de sexo y en cuanto a la ansiedad, estuvo más relacionada con fenómenos de despersonalización en las mujeres y en menor proporción en los hombres. Este artículo junto con el de Roberts en 1960, son los primeros que han comunicado los fenómenos de despersonalización en personas nomales.

Julio MORALES.

G. FOSI & G. CAMPANELLA: "Considerazioni sui rapporti fra alcoolismo e manifestazioni depressive" (Consideraciones sobre la relación entre alcoholis-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mo y manifestaciones depresivas), *Rassegna di studi psichiatrici*, 6. 617—632, 1963.

Los AA., sobre la base de una casuística personal de 445 pacientes hospitalizados por alcoholismo crónico, esquematizan las relaciones entre alcoholismo y manifestaciones depresivas de la siguiente manera. a) estados depresivos como causa de alcoholismo (psiconeurosis depresiva y melancolía); b) estados depresivos como consecuencia del alcoholismo (melancolía alcohólica de Bleuler, pródromos de delirium tremens, psicosis ansiosa de Wernicke); c) intentos de suicidio. Analizan luego la importancia causal que asumen los factores endógenos y a los numerosos problemas sociales y familiares que se presentan al paciente alcohólico crónico.

M. GARCIA TROVATO

A. LEDESMA JIMENO.— "Revisión del concepto de esquizofrenia a la luz de los nuevos psicofármacos".— *Archivos de Neurobiología*, 4: 325—342, 1963.

La era química en la terapéutica psiquiátrica obliga no sólo al especialista sino también al médico general, a un contínuo cambio de ideas, respecto a la consideración clínica integral de las enfermedades mentales. Esta modificación de criterios tiene plausible asidero en comprobaciones estadísticas. Y no otro es el camino seguido por el A. en el intento que ve la luz con el presente trabajo. L.J. cuenta con el rico material clínico dado por 2,000 enfermos del manicomio provincial de Samanca. Considera en el trabajo, cuatro "años-muestra": 1940-41 (antes de los métodos biológicos de terapéutica: insulina y plexia); 1950-51: después de dichos métodos pero antes de la introducción de quimioterápicos tipo clorpromazina; 1958-59, después de los métodos biológicos y de los psicofármacos, ezcluyendo el haloperidol; 1960-61: todos los anteriores, con el agregado del haloperidol. Conciente de las limitaciones de un diagnóstico impreciso o de una pérdida de la pista del paciente, el A. expone los resultados de su investigación en nueve tablas. De su lectura se infiere cuantitativamente: a) un aumento progresivo en el número de ingresos; de reingresos de salidas y de remisiones definitivas; b) una disminución en el número de fallecimientos y, en los casos particulares de esquizofrenia, disminución discreta pero progresiva en relación con los ingreso totales así como reducción de reingresos, de fallecimientos y del número de esquezofrénico por cada cien enefrmos. En cuanto al haloperidol, el A. da cuenta de los resultados "francamente sorprendentes" obtenidos con dosis de 8—15 g. 2 a3 veces por día en plazos no menores de 6 semanas. Concedió un 76% de altas apacientes con 3 a 5 años de enfermedad y sólo un 15% a enfermos crónicos con más de 20 años de enfermedad. Si se suspendía el tratamiento. los síntomas reaparecían en 10 días. La esquezofrenia hebefrénica es siempre la más resistente, siguiéndole la catatónica y finalmente la paranoide. En su comentario, L. establece que "la terapéutica de los estados esquizofrénicos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

terminales, con haloperidol, obliga definitivamente a rechazar el concepto de demencia esquizofrénica... que es incorpatible con el de reversibilidad". Ratifica su convencimiento de que los estudios neurofisiógicos, bioquímicos, electroencefalográficos, radiológicos y endocrinos "pueden esclarecer los mecanismoa etiopatogénicos y anátomo-patológics de la esquizofrenia" y sostiene que "la psicoterapia tiene que modificar de alguna forma el sustrato bioquímico del cerebro". Finaliza el trabajo con cuatro historias clínicas (dos de curso intermitente y dos de curso contínuo) de pacientes que remitieron con haloperidol. Como un primer esfuerzo de su parte para una reevaluación clínica de las enfermedades mentales a la luz de los nuvos psicofármacos, el trabajo de L.J. es promesa de hallazgos y aportes más consistentes, más prácticos y, sobre todo, más amplios.

Renato ALARCON SANCHEZ

V. LOPEZ C. IBOR, M. LOPEZ-LINARES. J. PEREIRO Y J. RALLO: "Anorexias de la Infancia". *Archivos de Neurobiología*, 2: 103-135, 1963

La idea del origen psicógeno de la anorexia, esbozada a principios del siglo XVII por Morton y Gull, tuvo que soportar la sólida objeción planteada por Simmonds y su "caquexia hipofisiaria" en 1914, y por Sheehan, más recientemente. Sin embargo, a lo largo de casi tres siglos de esclarecedoras investigaciones, se pueden delimitar hoy día, anorexias efectivamente psicógenas y anorexias secundarias a alteración del lóbulo anterior de la hipófisis. Refiriéndose a las primeras, los AA. plantean que sería más apropiada la denominación de "conductas restrictivas de la alimentación", pues afirman que en el cuadro clínico no hay falta de apetito sino rechazo a la toma de los alimentos. Luego de hacer una breve revisión histórica de la enfermedad, pasan a tratar diversos aspectos nosográficos que revelan ingente documentación bibliográfica. Etiológicamente reconocen anorexias en lactantes, en niños de 2 a 14 años y en adolescentes (anorexia nerviosa). Examinan enseguida las características clínicas de estos tres tipos de anorexia e insisten en que sólo puede llegarse a un diagnóstico certero, en base al descarte efectivo de todo padecimiento orgánico y a la situación de hechos de observación clínica. Así, en el caso de la anorexia puberal hay amenorrea, estreñimiento, vómitos, anemia, hiperhidremia, hipoglicemia en ayunas, metabolismo basal bajo, frotis vaginal hipoestrogénico, etc., manifestaciones encuadradas en una peculiar urdimbre psicopatológica, que los autores rotulan como Neurosis Obsesiva. Desde el punto de vista psicodinámico sostienen los siguientes hechos: a) la anorexia es síntoma de una perturbación en la relación afectiva entre madre e hijo, relación cupo vehículo es el alimento; b) Existen en todos los casos intensas fijaciones y regresiones orales que imprimen el cuadro clínico un profundo carácter sado-masoquista; c) en las formas más superficiales, la dinámica esencial es la "manipulación" del medio ambiente. En cuanto al tratamiento, los autores sostienen que especialmente en

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lactantes y en anorexia nervosa, hay que recurrir a alimentación sustitutiva, aislamiento precoz y reeducación alimenticia. Otorgan especial importancia al tratamiento psicoterapéutico con orientación etiopatogénica, que representa un aporte efectivo permanente, dada la debilidad del ego en los pacientes y los errores en la conducta de sus padres. La profilaxis abarca la enseñanza a los padres de los aspectos más elementales del desarrollo, psicomotor del niño y de su alimentación, así como sobre la forma de soslayar las dificultades más comunes. Finalmente, de 27 casos estudiados por los AA. se releva el hecho de que 19 presentaron EEG anormal durante la hiperventilación, debido a "disfunciones de estructuras centroencefálicas". La adecuada sistematización y actualización del trabajo así como algunos de los aportes clínicos y psicoterapéuticos que expone, suplen la parcializada explicación psicodinámica de la anorexia y el escaso valor que los AA. asignan a tratamientos biológicos de efectos realmente satisfactorios.

Renato ALARCON GUZMAN.

C. PELLEGRINI & V. FILIPPINI: "Sulle psicosi indotte" (Sobre las psicosis inducidas), *Rassegna di studi psichiatrici*, 5: 523-582, 1963.

La posibilidad de que un delirio sea trasmitido de un sujeto sano a uno enfermo ha constituído un tema de gran interés y ha motivado diversos estudios y polémicas. En este trabajo los AA. presentan un caso de lo que se ha dado en llamar "folie a deux" examinado desde los puntos de vista psicopatológico y médico legal. Después de una extensa revisión de la bibliografía sobre el tema, se hace un análisis crítico de la misma y se presentan las historias clínicas de las dos pacientes, madre e hija, que integran el caso. Para finalizar, luego de discutir los puntos de vista nosográficos, los AA. concluyen con la ubicación de las psicosis inducidas dentro de los desarrollos paranoides.

M. GARCIA TROVATO

G. SEDEMAN Y F. REED: '.Despersonalization phenomens in obssesional personalities and in depresion" (Fenómenos de despersonalización en personalidades obsesivas y en la depresión). *British Journal of Psychiatry*. 109: 356-379; 1963.

Después de estudiar los trabajos de Scharvon en 1936. quien presentó 64 casos de despersonalización de los cuales el 88% de ellos tenían rasgos obsesivos en sus personalidades; los de Meyer-Gross en 1935, quien informó sobre la alta incidencia de despersonalización en caracteres hipomaníacos extrovertidos; y los de Anderson en 1936, quien encontró el 30% de despersonalización en 55 casos de depresión de la involución, los AA. tratan de establecer la relación entre despersonalización y personalidad obsesiva y depresión, para lo cual tomaron

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tres grupos de pacientes: el primero de personalidad normal y psicosis maníaco-depresiva, el segundo de personalidad obsesiva con depresión, y el tercero de personalidad obsesiva solamente (inseguros sensitivo y anancástico de Schneider). Los tres grupos fueron sometidos a pruebas para investigar fenómenos de despersonalización y los resultados fueron: en el primero se encontró 1 caso de despersonalización en 23 pacientes; en el segundo 14 casos de despersonalización en 49 pacientes; y en el tercero 2 casos en 41 pacientes. De esto se deduce que la despersonalización es más común en los casos de depresión en personalidad insegura, no así en los casos aislados de depresión o de personalidad insegura; no se observó diferencias marcadas de sexos y la edad promedio de la despersonalización fue de 39 años con fluctuaciones entre 19 y 60 años.

Julio MORALES

C. SINISI: "Dai fenomeni di derealizzazione al delirio nichilístico" (De los fenómenos de desrealización al delirio nihilista). *L' Ospedale Psichiatrico*, 4: 441-458, 1962.

Las aportaciones clínicas en el campo de las psicosis constituyen jalones de importancia desigual para el conocimiento de las mismas. Se inicia este trabajo con la inclusión de la historia clínica de un tercer caso de su observación personal, con delirio nihilista sistematizado, en una paciente con epilepsia temporal derecha. Luego realiza la revisión histórica pertinente y rápidamente se empeña en la consideración de la patogenia del delirio en mención, en la melancolía y en la epilepsia. Asi, verifica las siguientes avenencias: 1) En episodios depresivos distintos, el paciente puede presentar sólo el fenómeno de desrealización y despersonalización, o, respectivamente, ideas delirantes de aniquilamiento; 2) Estados distímicos caracterizados por expresiones delirantes nihilistas, que puede ser precedido de un período delirante sin fenómenos de extrañeza y con posibilidad incluso, de olvidar; 3) Forma distímica-confusional, iniciada eventualmente con síntomas estrictamente confusionales que se atenúan posteriormente. La presencia de una fenomenología de desrealización y despersonalización, con grave compromiso del sentido vital, en la fase menos gravemente disolutiva del estado depresivo endógeno, sea como manifestación actual, sea como recuerdo de experiencias anteriores, demuestra la importancia de un examen del determinismo de la visión delirante. El delirio nihilista pues, debería agregarse a los otros delirios de culpa, de hipocrondría y de ruina. La base estructural para el surgimiento de ideas delirantes de contenido nihilista serían estados de ansiedad, de angustia, de depresión alternante. En epilepsia, el estado residual se caracterizaría por un cambio cualitativo particular de la conciencia que impide al sujeto la discriminación entre la experiencia real y la anormal, y provoca con ello, una depresión del tono afectivo, por la cual la idea de desrealización al cristalizar en convicción delirante por repeticiones del episodio crepuscular, pue-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

den progresivamente materializarse y estructurarse en un delirio nihilista de caracteres más o menos irreversibles. En resumen, los factores patógenos que intervienen fundamentalmente en el delirio nihilista serían: 1) En la melancolía: disolución del estado de conciencia, fenomenología de desrealización y despersonalización y depresión profunda del tono afectivo; 2) En epilepsia: disolución y restricción crepuscular del estado de conciencia, fenomenología desrealizante y depresión afectiva ligada a tal fenomenología. Esta elaboración teórica es el principal mérito del trabajo.

Renato ALARCON GUZMAN

M. AZEVEDO FERNÁNDES: "Psicoterapia da esquizofrenia em bases analíticas do delirio" (Psicoterapia de la esquizofrenia en las bases analíticas del delirio). *Jornal de Medico*, 1103: 629-654; 1104: 697-789, 1-64.

El sistema psicoterapéutico de la esquizofrenia es aún tema al que se asigna características de variados matices. En el presente trabajo, el A. refiere apreciaciones clínicas y experiencias de sus muchos años de labor como psicoterapeuta. Considera que la existencia del delirio es discutible pues siempre debe presumirse que escapan a un análisis fenomenológico, otras prioridades vivenciales. Preconiza la comprensión del delirio a base de la intuición. Declara, con Weitbrecht, que no puede concebirse al esquizofrénico delirante sin la intrínseca calidad humana del poder-ser-paranoide", de modo que, en su opinión, el delirio parece ser un valor integrado en la vida anímica, una manifestación de unidad y cohesión en una personalidad dispersa. En cuanto a las teorías sobre la esquizofrenia, confiere importancia al punto de vista energético de Conrad y en cambio llama anticuada la doctrina de Freud, que considera la psicosis como resultado de un conflicto entre el yo y el mundo. Los esquizofrénicos no tienen capacidad para distinguir alucinaciones o sueños y muchas veces relacionan estos con la actividad del trance. A. formula una enumeración entre delirio y sueño que justifica únicamente por los valores que ambos expresan y por su propósito de elaborar un análisis estructural y dinámico de los delirios crónicas. A base de la psicología analítica de Jung, estudia hasta 20 valores simbólicos y arquetípicos en 34 casos clínicos. Afirma que el trabajo analítico de la psicoterapia "junguiana" puede resumirse en una dialéctica entre la conciencia y el inconciente. Sostiene que los valores del inconciente selectivo (arquetipos y símbolos) fluctúan en el delirio, dándole forma, consistencia, autonomía y constancia, El A. relieva un valioso concepto de Winkler: "El contacto por detrás de la fachada del autismo de muchos esquizofrénicos tiene que hacerse a través de la prudencia de un primer encuentro, la parsimonia para la toma inmediata de datos anamnéticos, la completa formación del médico en psicología profunda y cualidades de empatía". Tipificado el delirio esquizofrénico como un regreso al inconciente selectivo, importa contraponerle el colectivo social. Debe enca-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

rarse e interpretarse en cada caso clínico, las arquetipos y los símbolos, haciendo una amplificación que nos lleve al contexto aproximado del delirio. Es menester aprovechar los fragmentos del delirio, con vistas a unirlos en una dinamización de las fuerzas arquetípicas para proyectarlas a acciones ordenadas. El restablecimiento del sistema energético debe ser tentado cuanto antes mediante drogas y choques, para evitar que se cree un estado de entropía irreversible. Ergo y ludoterapia son mediadores y equilibradores del sistema energético. A insiste en que un equipo estable de médicos y enfermeros bien formados es factor indispensable en la creación de un clima hospitalario favorable a la psicoterapia. Al reconocer que la analítica especial puede ver apenas el "leit motiv" del delirio y nunca podrá comprender del todo la esencia de la psicosis, el A. formula el más elocuente argumento que puede esgrimirse respecto a las limitaciones de su trabajo.

Renato ALARCON GUZMAN

IGOR A. CAMUSO: "Psicoanalisis y Civilización". *Eco*, 18: 183-.05, 1963

El A. sostiene que todas las doctrinas sociales están de acuerdo en que el ser humano desea y tiende a la felicidad en su doble vertiente: material y espiritual. Postula él mismo tal concepción agregando que el Psicoanálisis ha demostrado que ambas pueden y deben complementarse. La observación directa de los niños, dice, ha puesto en evidencia que para un desarrollo adecuado de la personalidad no basta sólo el bienestar material, sino que es menester además una relación afectiva. Asimismo, esta última por sí sola es insuficiente. Por desgracia en nuestra civilización, durante la primera infancia, el bienestar material y el bienestar afectivo se encuentran juntos sólo excepcionalmente. Más tarde el hombre, a través de su madre y de la familia, se ve fijado a una sociedad estructurada bajo moldes rígidos que coartan su albedrío, su iniciativa y su espontaneidad, obligándolo a una represión de sus necesidades afectivas que redundan en una sublimación forzada con el peligro de que el afecto reprimido, tarde o temprano, reaparezca con un tinte las más de las veces antisocial y agresivo. Por estas razones califica de inhumana a la sociedad y confía en la posibilidad de humanizarla. Esta tarde estaría a cargo principalmente de los intelectuales quienes deben someterse a una autocrítica constante y criticar también en forma constante a las instituciones a las cuales pertenecen para encontrar, tras una búsqueda paciente, nuevos caminos que lleven a un mayor bienestar económico y a mejores relaciones humanas, a una mayor libertad, a un mayor "eros", en fin, a un mayor grado de humanización. En este artículo el A. relieva la trascendencia de una sólida relación afectiva entre niño y madre, así como la necesidad de medios materiales mínimos para una configuración normal de la personalidad de aquel: en cierto modo además actualiza el concepto de J.J. Rousseau quien afirmaba que el hombre nace bueno y es la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sociedad la que lo corrompe. La idea en esencia es la misma; la diferencia estriba en los puntos de vista: el filósofo francés encaró el problema desde un ángulo histórico; C. lo hace atendiendo a razones psicoanalíticas y deja de lado, aún reconociendo su validez, premisas de orden social, económico, histórico y político.

Juan TOBALINA M.

A. CASTELLON: "Lugar que ocupa la hipnosis en el ejercicio de la medicina". *Nicaragua Médica*, 19: 161-169: 1963.

El hipnotismo es un procedimiento que ayuda a la investigación, diagnóstico y tratamiento en medicina, y la hipnosis, de cuya naturaleza apenas se conoce pese a que existe abundante literatura, es un fenómeno que se halla todavía en la fase descriptiva y de sistematización. El hipnotismo empleado para producir analgesia, anestesia, tranquilidad y para conseguir supresión de la ansiedad, el temor y de algunos otros síntomas, puede utilizarse también en algunos casos de neurosis y psicosis, generalmente con otros tratamientos; su uso no sólo se circunscribe a la psiquiatría sino que se ha extendido también a otras especialidades de la medicina, como la obstetricia, la anestesiología, etc. Estas razones obliga a que su enseñanza debe ser de alto nivel académico y estar a cargo de los Departamentos de Psiquiatría de las Escuelas Médicas y que los médicos o estudiantes que se interesen por ella reciban una preparación previa en neurofisiología, psicofisiología, psicología, psicopatología y psiquiatría, por que es imprescindible que tengan pleno conocimiento de las indicaciones, contraindicaciones, ventajas y peligros; sólo en esta forma puede evitarse el mal uso y las tergiversaciones científicas por personas ajenas a la medicina o por algunos médicos que sólo se dedican a inducir el trance hipnótico. Todos estos planteamientos son hechos por el A. en este artículo, en el que presenta 49 casos en los cuales ha empleado la hipnosis; de ellos: .2 eran obstétricos, 14 de psiconeurosis y los restantes sometidos a este estado para conseguir analgesia por diferentes motivos. Este artículo no trae nada nuevo, pero su interés radica en que hace hincapié en la importancia de una formación seria de quienes han de hacer uso de la hipnosis.

Julio MORALES

D.F. CLARK: "Fetichism by negative condicioning" (Tratamiento del fetichismo por condicionamiento negativo). *British Journal of Psychiatry*. 109: 404-407: 1963.

En 1960 Eysenck afirmaba que el método de condicionamiento negativó usado para el tratamiento del alcoholismo crónico se puede emplear con iguales

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

fines en los casos de homosexualidad y fetichismo, basándose en el hecho de que éste, se origina por la exagerada capacidad del paciente de formar respuestas condicionadas, y que por lo tanto debe desaparecer con una técnica de descondicionamiento. El A. comunica un caso en el cual se aplicó este método. El paciente había llegado a condicionar la satisfacción sexual a los objetos de su fetichismo, prendas femeninas, las cuales llevó siempre consigo durante sus relaciones heterosexuales normales. El paciente consultó al psiquiatra por qué sentía la compulsión de llevar estos objetos, para poderse desenvolver normalmente en sus actividades diarias. El paciente fue hospitalizado con el fin de condicionarle un reflejo entre los objetos de su fetichismo y un estado nauseoso producido por la apomorfina. El condicionamiento se consiguió, de tal modo, que cada vez que el paciente llevaba las prendas sentía el estado nauseoso, el que se aliviaba al despojarse de ellas. De esta forma se sintió curado, volviendo a trabajar normalmente y a tener sus actividades heterosexuales normales.

Julio MORALES

HANS O. GERZ: "Zur Behandlung phobischer und zwangsneubtischer Syndrome mit der "aradoxen Intention" nach Frankl" (Acerca del tratamiento de síndromes fóbicos y obsesivos neuróticos con la "intención paradójica" de Frankl), *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 12: 145-154, 1962.

El tratamiento de la neurosis obsesiva y con ella de los síntomas fóbicos resulta hasta la actualidad, tanto para la psicoterapia como para la farmacoterapia, un gran escollo. Los psicoterapeutas de orientación psicoanalítica, en muchos casos, particularmente en aquellos severos, no obtienen resultados. Pero, ellos ante el fracaso no atribuyen ésto generalmente al procedimiento sino a la "resistencia" del paciente. Otros psicoterapeutas han incursionado con otros métodos con resultados variables. Viktor E. FRANKL, que ha desarrollado la logoterapia y el análisis de la existencia como procedimientos de terapeútica psicológica, considera dentro de la primera el método de "intención paradójica" como adecuada para las alteraciones en referencia. El A. del artículo que comentamos comunica el resultado favorable del tratamiento con la intención paradójica de 24 pacientes con neurosis obsesiva, de angustia y con fobias, cuyas alteraciones habían tenido una duración que oscilaba entre dos semanas y veinticuatro años. Trascribe los resúmenes de las historias clínicas de siete casos con la evolución posterior al tratamiento y en ellos se puede notar tanto las peculiaridades de los cuadros clínicos cuanto la calidad de los resultados obtenidos. Uno de los casos más instructivos y convincentes es la de un paciente de 41 años que había sufrido durante 24 años de fobias severas por las que había sido tratado por varios psiquiatras, entre otras formas con numerosas aplicaciones de electrochoque y en repetidas ocasiones por análisis intensivo; finalmente estuvo por cuatro años en un

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

hospital psiquiátrico y recibió allí tratamiento de electrochoque, barbitúricos, fenotiacínicos, inhibidores de la monoaminooxidasa y preparados de anfetamina sin resultados. Sus fobias le obligaron a mantenerse sólo en un reducido espacio alrededor de su lecho. Luego fué sometido a un tratamiento psicoanálitico intenso durante año y medio por un psicoanalista experimentado sin resultados. Inmediatamente después se sometió al método de la intención paradójica para lo que se suprimió toda clase de medicamentos. Después de cinco meses de tratamiento intenso fué dado de alta libre de toda sintomatología. Desde entonces se siguió la evolución por dos años y medio y permanece sin síntomas. Las características del caso resumido hablan de las bondades del método. Los otros casos presentados en el trabajo también ofrecen bastante interés por los resultados. Es así como un método que de por sí no es analítico, puesto que no quiere hurgar en los conflictos del paciente, conduce a meditación acerca del proceso de la curación, de hasta que punto es tan importante el desmenuzamiento de conflictos en las neurosis de esta índole, de los mecanismos de acción con el empleo de este método aparentemente sencillo y de las hipótesis antropológicas de comprensión planteadas por FRANKL. De allí que tanto desde el punto de vista de la terapeútica cuanto del ahonde del conocimiento de esta enfermedad y de su curación es conveniente el empleo del procedimiento.

Grover MORI

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

INFORMACIONES

13. *SEMANA DE PSICOTERAPIA DE LINDAU*

De acuerdo con la *Allgemeinen Arzlichen Gesellschaft für Psychotherapie* se llevó a cabo bajo la dirección de *H. Stolze* de Munich del 29 de abril al 11 de mayo. El número de participantes que ascendió a más de 700 (de ellos 88 extranjeros) permitió reconocer el interés creciente que se concede a la psicoterapia por parte de todos los médicos. La distribución de las labores de las tardes en una conferencia de introducción a los puntos de vista psicoterapeúticos por *Schlegel* de Zurich y en 25 grupos de trabajo — de los cuales 8 analíticos — así como el consejo y el asesoramiento de los participantes nuevos por colegas experimentados fuera del programa científico, contribuyó a que se mantenga la atmósfera personal como una característica especial de la Semana de Psicoterapia de Lindau, pese al gran número de participantes.

Teniendo en cuenta que ha sido la psicoterapia la que con sus representaciones más dinámicas ha puesto en discusión alguna vez los conceptos tan correlacionados de la enfermedad y la salud, debe ser ella la que siempre se esfuerce cada vez en nuevos ímpetus. Esto ha sucedido en la Semana de Psicoterapia de Lindau de este año con las disertaciones del primer día cuyo tema fundamental fué: "El hombre entre la enfermedad y la salud" desde un punto de vista de filosofía cultural por *Gebser* de Berna, de la psiquiatría social por *Lindemann* de Boston, de la psicoterapia por *Bodenheimer* de Zurich y de la psicoterapia clínica por *Schulte de Tubinga.*

En cuatro mañanas el tema principal fué: "De la sexualidad y sus trastornos". *Giese* de Hamburgo y*Göppert* de Freiburgo trataron primeramente de la sexualidad en la edificación de la personalidad y su madurez, en tanto que *Punell* de Lillhagen discutió de los problemas de la iniciación en la vida sexual bajo la consideración especial de las experiencias suecas. En las disertaciones de *Wunnenberg* de Hamburgo, de *W. Schindler* de Londres, de *J. H. Schultz* de Berlín, de *Zacharias* de Colonia, de *Meyer* de Hamburgo y de *Speer* de Lindau se habló de los cuadros particulares de presentación de los comportamientos sexuales anormales y las posibilidades de terapeútica. Finalmente se enfrentaron los criterios de normalidad teológica por *Röhricht* de Hamburgo, jurídica por *Würtenberger*

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de Freiburgo y psicoterapeútica por *Heyer* de Nussdorf y el significado de la sexualidad. Discusiones vivas completaron diariamente las disertaciones.

El final fue un día en el que se discutió primeramente las dificultades de la psicoterapia en la práctica médica general y su superación en una reunión de mesa redonda. Bajo la dirección de *Stolze* discutieron *Blunck* de Heilbronn, *Groesch* de Offenbach; *Kluge* de Niederschelden, *Müller* de Bethel, *Schulze* de Baden-Baden y Wolter de Coburgo sobre problemas de métodos, de la selección de pacientes, del tiempo y del honorario conforme fueron presentados por los médicos que ejercían la psicoterapia. Luego siguió una ponencia de *Stolze*, en la que sobre la base de una primera valoración de encuestas cuidadosas sobre la psicoterapia en la práctica, informó de las posibilidades de formación y prosecución de la formación psicoterapeúticas de los médicos ya establecidos.

Pflanz de Giesen proporcionó una ojeada retrospectiva del desenvolvimiento y resultados de la psicoterapia bajo consideraciones especial del aspecto sociológico. *J. H. Schultz* y *Hengstmann* de Hamburgo hablaron en una reunión vespertina de la Sociedad Alemana de Hipnosis médica sobre la terapeútica hipnótica de los alcohólicos.

En la segunda semana se realizaron, con notable concurrencia, las prácticas de adiestramiento autógeno con *J. H. Schultz*, de hipnosis con *Stokvis* de Leyden y la colaboración de *Lohmann* de Colonia, de terapeútica motriz de concentración con *Goldberg* de Tel Aviv y *Stolze* y de la terapeútica respiratoria con *Fuchs* de Heidelberg y un seminario sobre ensueños con *Wiesenhütter* de Würzburgo.

Las disertaciones y el coloquio de la 13. Semana de Psicoterapia de Lindau serán publicadas en gran parte en el 8. volumen de 1963 de la revista "*Praxis der Psychotherapie*", pero también en el "*Jahrbuch für Psychologie, Psychotherapie und Medizinische Anthropologie*" y en la "*Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie*" (Datos de la publicación en "*Praxis der Psychotherapie*" No. 4, 1963, pág. 194, J. F. Lehmanns Verlag, Munich).

14. SEMANA DE PSICOTERAPIA DE LINDAU

Tendrá lugar entre el 27 de abril y el 9 de mayo de 1964, en la isla de Lindau, lago Constanza. En el ámbito del tema fundamental "El uso de la psicoterapia en las especialidades médicas particulares" se discutirá el problema de las posibilidades de empleo de la psicoterapia en la medicina interna, la pediatría, la psiquiatría y neurología, la ginecología y la obstetricia, la cirugía y ortopedia, la otorrinolaringología, la oftalmología, la odontología y la dermatología. Esta revisión sobre el estado de la compenetración psicoterapeútica de la medicina se relaciona con una parte importante de la labor a lo largo de su vida del Profesor *J. H. Schultz* quien cumplirá 80 años en 1964. Por este motivo y por el 75. aniversario del Profesor *E. Speer* que se celebrará igualmente en ese año se dedicará un festival científico y conferencias sobre "El significado de la vivencia para la psicoterapia médica".

En las tardes tendrá lugar una conferencia de revisión sobre "Introducción a los puntos de vista psicoterapeúticos" que será presentada al lado de una se-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

gunda "Introducción al psicoanálisis de Freud y la prosecución de su evolución". Simultaneamente se introducirá en pequeños grupos de trabajo en problemas prácticos importantes de la psicoterapia.

El programa de prácticas estara constituido por coloquios sobre adiestramiento autógeno e hipnosis, un seminario sobre indicaciones y pronóstico en la psicoterapia y ejercicios en terapeútica respiratoria, tratamiento de tartamudez, terapeútica moriz de concentración y pantomima.

El idioma de las sesiones será el alemán. Para informes y anuncios dirigirse a partir de enero de 1964 al secretariado de la Lindauer Psychotherapiewoche, München 27, Adalbert-Stifter-Str. 31.

TERCER COLOQUIO DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL DE INVESTIGACION PSICOLOGICA DEL DESTINO

Se llevará a cabo entre el 13 y el 15 de agosto de este año.— El programa de actividades es el siguiente: A. Coloquio sobre la crisis en las psicoterapias analíticas. B. Coloquio sobre el papel del yo en las psicosis, psicopatías y neurosis. C. Coloquio sobre el desarrollo del yo y sobre las formas de existencia. D. Coloquio sobre el sociotropismo, en especial acerca de la amistad y la elección de la profesión. E. Problemas límite.

HOMENAJES

El 16 de enero de este año cumplió 70 años Henricus Cornelius Rümke, Profesor de la Real Universidad de Utrecht. Este distinguido psiquiatra holandés ha enriquecido la especialidad en muchos ámbitos y ha abierto derroteros, entre otros aspectos, en la fenomenología de las neurosis en la que ha señalado conceptos como el del "doublure" neurótico y del "abrirse y cerrarse" (sichöffnen und sichschliessen) en el trato con los demás.

El 4 de enero ha cumplido 60 años Manfred Bleuler de Zurich que ha dado notables contribuciones a la psiquiatría y psicopatología endocrinológicas.

El 4 de febrero ha cumplido 80 años el Profesor, doctor en medicina y en filosofía Viktor E. Freiherr von Gebsattel. Es Profesor Honorario de Psicología Médica y Psicoterapia. Pocos como él merecen un homenaje considerando las nuevas rutas que ha planteado en el desenvolvimiento de la psiquiatría. La orientación de su antropología médica demuestra cómo ha de penetrarse profundamente en el enfermo teniendo en consideración su calidad de humano. Sus contribuciones al conocimiento de las obsesiones, la angustia, la manía y la despersonalización señalan sus dotes de fino psicoptólogo y gran conocedor de la mente humana.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

EL MEJOR TRANQUILIZADOR DISPONIBLE PARA EL PACIENTE QUE SUFRE DE ANSIEDAD Y TENSION

TABLETAS DE ANATENSOL

DICLORHIDRATO DE FLUFENAZINA SQUIBB

- EFICACIA INIGUALADA, SIN SEDACION EXCESIVA
- EFECTO TRANQUILIZADOR SIN REDUCIR LA LUCIDEZ MENTAL
- ACCION RAPIDA... EFECTO PROLONGADO
- DOSIFICACION BAJA Y CONVENIENTE... 1 MG.

POR DIA SUELE SER BASTANTE

SUMINISTRACION: ANATENSOL SE SUMINISTRA EN TABLETAS DE 1 MG. REVESTIDAS DE AZUCAR. FRASCOS DE 25 Y 100.

"Anatensol" es marca de fábrica.

SQUIBB

UN SIGLO DE EXPERIENCIA INSPIRA CONFIANZA

4N-135

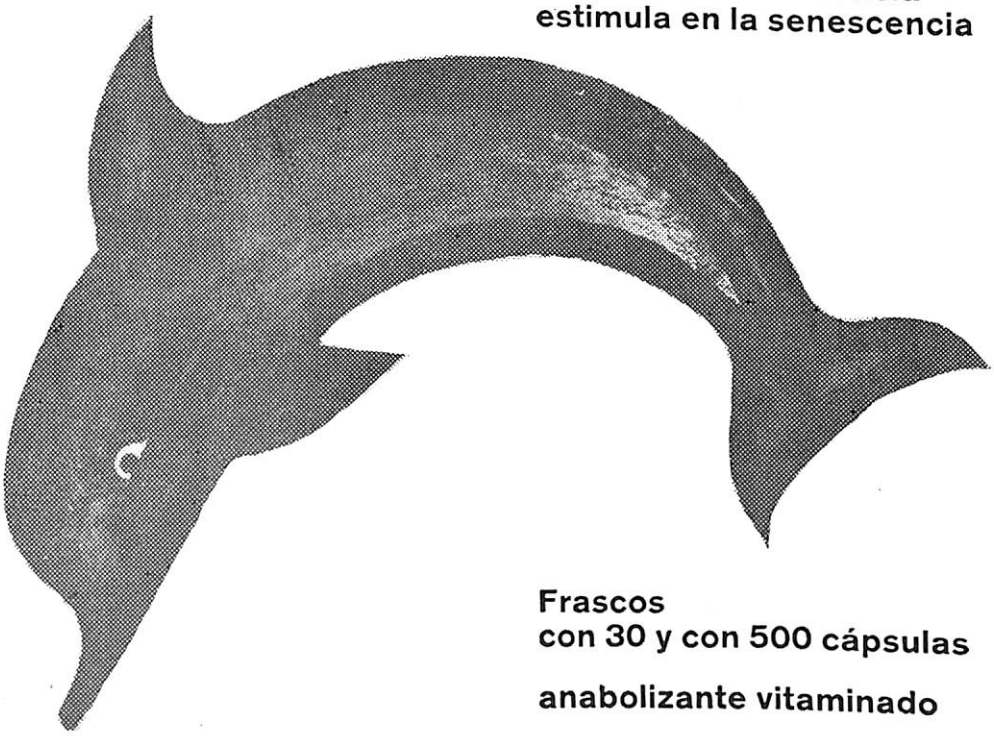
Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CIBA

Dianavit®

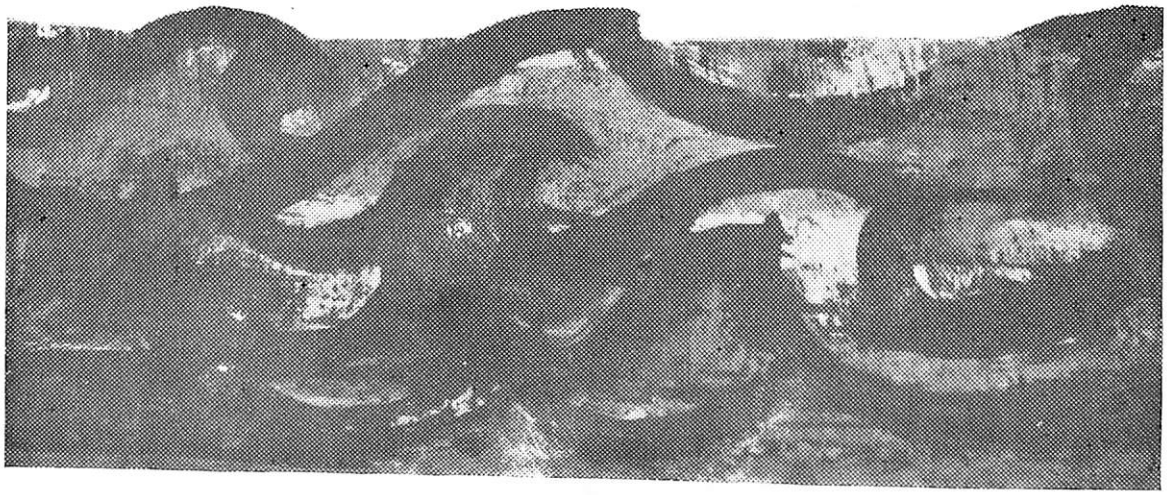
Dianabol® + vitaminas

tonifica a los asténicos
acorta la convalecencia
estimula en la senescencia



Frascos
con 30 y con 500 cápsulas

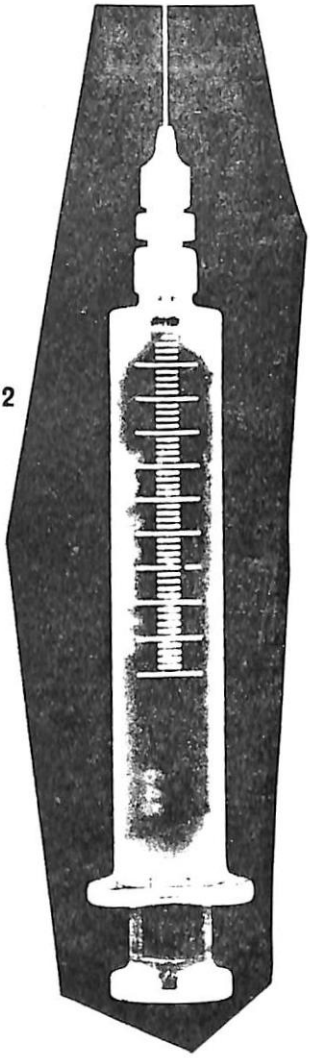
anabolizante vitaminado



Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DURALTA-12

otro logro singular de Merck Sharp & Dohme



toda la eficacia de la Vitamina B_{12}

pero con

niveles más altos

y acción más prolongada

DURALTA-12 *

(hidroxocobalamina)

se presenta en ampolletas de 1 c.c. conteniendo 1,000 mcg. de hidroxocobalamina

MSD

MERCK SHARP & DOHME (PERU) S. A.

AV. REPUBLICA DE PANAMA 3832

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

suplemento
vitamínico y mineral

15
elementos
dietéticos
esenciales
en
geriatría

geriplex

PARKE-DAVIS

cada cápsula . . . . contiene

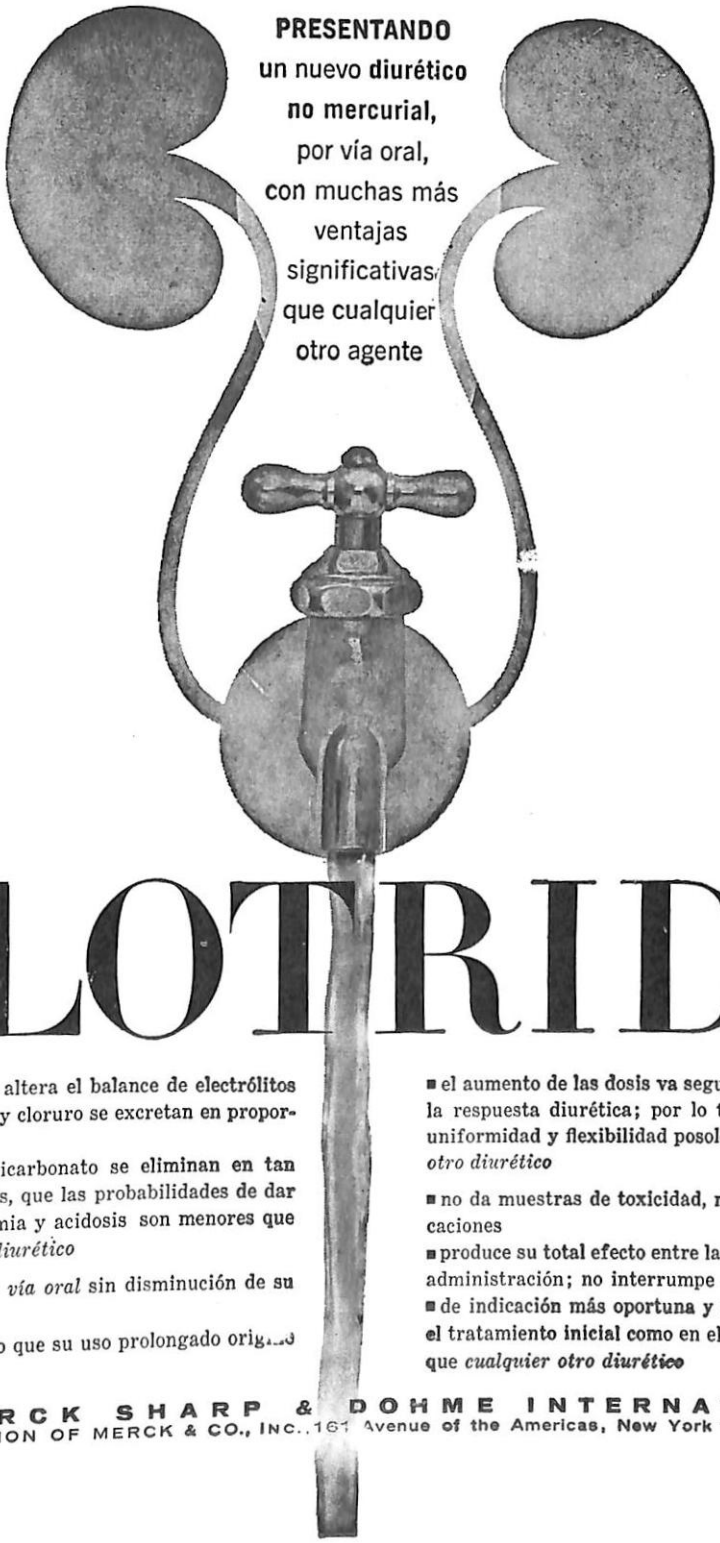
Vitamina A	5,000 Unidades
Vitamina B_1 (clorhidrato de tiamina)	5 mg
Vitamina B_2 (riboflavina)	5 mg
Vitamina B_{12}, cristalizada	2 microgramos
Nicotinamida (niacinamida)	15 mg
Vitamina C (ácido ascórbico)	50 mg
Tocoferoles mixtos (factores de vitamina E)	10 mg
Citrato diácido de colina	20 mg
Rutina	25 mg
Taka-Diastasa	0,065 g
Sulfato ferroso	30 mg
Sulfato de cobre	4 mg
Sulfato de manganeso	4 mg
Sulfato de cinc	2 mg
Fosfato dicálcico (anhidro)	200 mg

MEDICAMENTA VERA

envase
frascos de 25 cápsulas

6-J-17-57

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



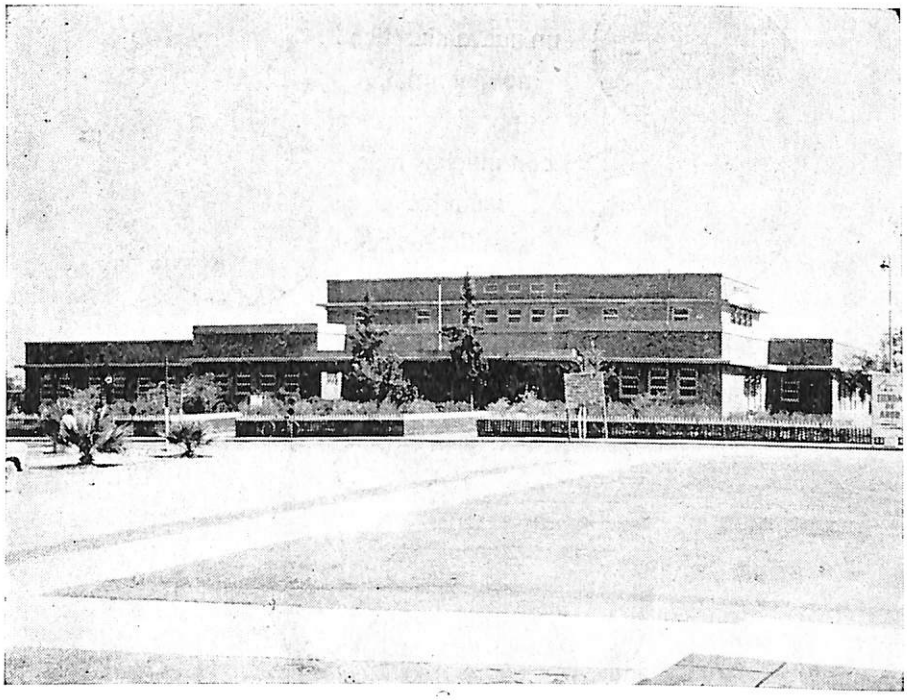
CLOTRIDE

(Clorotiazida)

- prácticamente no altera el balance de electrólitos
- los iones de sodio y cloruro se excretan en proporciones balanceadas
- el potasio y el bicarbonato se eliminan en tan pequeñas cantidades, que las probabilidades de dar lugar a hipopotasemia y acidosis son menores que con *cualquier otro diurético*
- se administra *por vía oral* sin disminución de su efectividad
- no se ha observado que su uso prolongado origine habituación
- el aumento de las dosis va seguido del aumento de la respuesta diurética; por lo tanto ofrece mayor uniformidad y flexibilidad posológica que *cualquier otro diurético*
- no da muestras de toxicidad, no tiene contraindicaciones
- produce su total efecto entre las 6 y 12 horas de su administración; no interrumpe el reposo nocturno.
- de indicación más oportuna y frecuente, tanto en el tratamiento inicial como en el de mantenimiento, que *cualquier otro diurético*

MERCK SHARP & DOHME INTERNATIONAL
DIVISION OF MERCK & CO., INC., 161 Avenue of the Americas, New York 13, N. Y., U.S.A.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



Este es el Policlínico de Talara dotado de moderno instrumental médico, farmacia y laboratorio. En él se pasan más de 30,000 consultas cada año.

Cerca de 35,000 personas reciben atención hospitalaria gratuita en el Policlínico y los dos hospitales de Talara, y El Alto, que mantiene la International Petroleum en su zona de operaciones. Estos beneficios cubren a los empleados y obreros de la empresa y a los familiares — esposa, hijos, padres, etc.— que viven con ellos. Todos reciben también medicinas gratuitas y la comunidad entera se beneficia con una esmerada atención sanitaria. El índice de mortalidad infantil en la población trabajadora figura entre las más bajas del mundo.

A través de su Departamento Médico, la Compañía viene desarrollando un moderno programa de medicina industrial destinado a preservar y mejorar la salud de sus trabajadores.

INTERNATIONAL PETROLEUM COMPANY, LTD.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CORTESIA

DE

MARCONA MINING Co.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CORTESIA

DE

COMPAÑIA AGRICOLA
PERU S. A.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera